

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.
te Leiden
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, ingangsdatum
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, 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, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102253
Zittingsdatum : 21 september 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 23 maart 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 april 2022 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 16 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 juni 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 juli 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022026491) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 juli 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 september 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 juli 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 13 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) wordt toegekend op basis van 8 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 1 november 2020.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 1 februari 2021 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 3.4. Bij brief van 16 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de ingediende aanvraag niet in behandeling kan worden genomen, omdat deze onvolledig is, dan wel niet volledig is ingevuld. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief vermeld welke stukken ontbreken en welke onderdelen van de aanvraag niet goed zijn ingevuld.
- 3.5. Op 10 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster een nieuwe aanvraag ontvangen voor een PGB vv op basis van 35 minuten Verpleging en 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.6. Bij e-mailberichten van 19 maart 2021, 12 april 2021, 22 april 2021, 29 april 2021, 12 mei 2021 en 31 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag incompleet is. Hierbij wordt vermeld welke onderdelen van de aanvraag onvolledig zijn ingevuld. Verzoekster heeft op respectievelijk 22 maart 2021, 29 maart 2021, 18 april 2021 en 12 mei 2021 en 8 juni 2021 schriftelijk gereageerd.
- 3.7. Op 22 juni 2021 heeft een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' plaatsgevonden met verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan een verslag gemaakt.
- 3.8. Bij brief van 24 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat laatst ingediende aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen, omdat verzoekster naar zijn oordeel niet in staat is op eigen kracht de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld een vertegenwoordiger aan te wijzen.
- 3.9. Op 4 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ontvangen op basis van 35 minuten Verpleging en 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.10. Bij e-mailbericht van 6 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat voornoemde aanvraag incompleet is. Verder is haar verzocht een kopie van het identiteitsbewijs van de (wettelijk) vertegenwoordiger toe te sturen.
- 3.11. Op 20 juli 2021 heeft een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' plaatsgevonden met verzoekster en haar (wettelijk) vertegenwoordiger. De ziektekostenverzekeraar heeft van dit gesprek een verslag gemaakt.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 augustus 2021 een e-mailbericht gestuurd aan de indicierend verpleegkundige. De inhoud van dit e-mailbericht luidt, voor zover hier relevant: "(...) Ik mail u naar aanleiding van uw indicatiestelling van [verzoekster, geboortedatum]. U heeft deze gedaan naar aanleiding van een second opinion. Mw. had toestemming van ons om die door u te laten uitvoeren. U heeft 7 uur en 35 minuten pv en 35 minuten vp geïndiceerd.

Medicatie valt niet onder VP maar onder PV, oog druppelen ook. U heeft adl en iadl als zorg problematiek opgegeven. Wat valt er onder die i adl volgens u?

U heeft deel 1 ingevuld en verzekerde/diens vertegenwoordiger deel 2 met een staatje van de zorgverleners en welke zorg zij verlenen. Zij komen dan ook uit op de door u geïndiceerde uren. Hier staan onderstaande zaken op waarvan alleen het douchen en wassen toiletteren en de medicatie onder de zvw vallen.

(...)

Kunt u mij misschien vertellen wat hier nu precies wordt aangevraagd? Het lijkt alsof het overgrote deel (i adl) bij de WMO thuis hoort. Ook lees ik in de aanvraag dat er onvoldoende hulpmiddelen zijn ingezet tot meer zelfstandigheid. U noemt er verschillende zoals draaischijf, oogdruppel hulp medicijn dispenser, incontinentiemateriaal. Deze hulpmiddelen zijn voorliggend op zorg. Ook zegt

u bij valgevaar dat er bij de transfers geen hulpmiddelen worden gebruikt maar ook dat mw. transfers heeft in rolstoel.

Zoals wij nu beoordelen komt het dan uit op de persoonlijke verzorging in de ochtend en avond en 2 a 3 keer ondersteunen bij toilet. Andere keren kunnen samengesteld uitgevoerd met de persoonlijke verzorging. (...)"

- 3.13. Op 31 augustus 2021 heeft er telefonisch contact plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend verpleegkundige. Van dit contact is een verslag gemaakt, dat de ziektekostenverzekeraar op 31 augustus 2021 per e-mail aan de verpleegkundige heeft gestuurd. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier relevant:
"(...) Naar aanleiding van ons telefonisch overleg vanmiddag mail ik u met de afspraken die wij hebben gemaakt.

Het druppelen van de ogen zou [verzoekster] nog zelfstandig kunnen uitvoeren met een hulpmiddel. U heeft tijdens uw huisbezoek waargenomen dat mw. ook zelfstandig haar flesje drinken kan gebruiken.

Er zijn geen passende hulpmiddelen aanwezig zoals een draaischijf, bedhekken zodat mw. zelfstandig uit bed kan komen. Wat betreft de toiletgang kennen wij 3x daags 5 minuten toe. Mw. wenst geen hulpmiddel, zoals een po stoel naast het bed te gebruiken of afdoend incontinentie materiaal. 2x toiletgang gecombineerd met ochtend en avond ADL en 1x in de nacht afgewezen.

De 35 minuten oogdruppels per week en 105 minuten toiletgang per week (= 2 uur en 20 minuten) worden na overleg met u niet toegekend.

Zou u mij met een reply op deze mail willen laten weten dat wij dit in ons telefoongesprek zijn overeen gekomen. (...)"

- 3.14. Op 31 augustus 2021 heeft de indicierend verpleegkundige per e-mail een reactie gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar. Hierin verklaart de verpleegkundige dat zij akkoord gaat met de door de ziektekostenverzekeraar genoemde punten.
- 3.15. Bij brief van 1 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 13 mei 2021 tot en met 12 mei 2022.
- 3.16. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 25 november 2021 en 9 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.17. Bij brief van 14 juli 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.18. Bij brief van 5 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen op basis van 35 minuten Verpleging en 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 20 november 2020 tot en met 12 mei 2022.

- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd dat aanvankelijk een lagere indicatie is gesteld door een wijkverpleegkundige en dat zij hiertegen is opgekomen. Vervolgens heeft een second opinion plaatsgevonden en werd de hiervoor genoemde indicatie gesteld. Op basis hiervan is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de aanvraag keer op keer niet in behandeling willen nemen, omdat die niet compleet zou zijn. Een en ander heeft ertoe geleid dat het aangevraagde PGB vv pas met ingang van 13 mei 2021 aan verzoekster is toegekend. Volgens haar getuigt deze beslissing van willekeur. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat haar PGB vv vanaf de maand november 2020 zonder opgaaf van reden is geblokkeerd en dat zij in de waan is gelaten dat wanneer het onderzoek naar de rechtmatigheid van het PGB vv positief zou uitvallen, zij alsnog een uitkering zou ontvangen voor de aan haar verleende Verpleging en Persoonlijke Verzorging.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat op de ziektekostenverzekeraar een informatieplicht rust op basis waarvan hij verzoekster op tijd had moeten waarschuwen dat zij een nieuwe indicatie moest laten stellen en een nieuwe aanvraag moest indienen om aanspraak te kunnen blijven maken op een PGB vv. Dit geldt temeer, omdat sprake is van een bijzondere situatie doordat verzoekster bekend is met fysieke en psychische beperkingen.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag van verzoekster voor een PGB vv aanvankelijk op 24 juni 2021 terecht is afgewezen en dat zij geen recht heeft op een ander of hoger PGB vv dan aan haar is toegekend voor de periode van 13 mei 2021 tot en met 13 mei 2022 op basis van 5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat op grond van artikel 6.1 van het Reglement 2021 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: het reglement) de ingangsdatum van het PGB vv gelijk is aan de datum waarop een compleet ingevulde en ondertekende aanvraag is ontvangen. Verzoekster heeft een incomplete en onvolledig ingevulde aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierover geïnformeerd en daarbij vermeld welke informatie ontbrak of welke onderdelen van de aanvraag onvolledig waren ingevuld. Niet eerder dan op 13 mei 2021 beschikte de ziektekostenverzekeraar over een compleet ingevulde en ondertekende aanvraag, zodat de ingangsdatum van het PGB vv is bepaald op 13 mei 2021. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij naar aanleiding van de aanvraag van verzoekster contact heeft opgenomen met de wijkverpleegkundige om de gestelde indicatie te bespreken. De wijkverpleegkundige is er bij die gelegenheid mee akkoord gegaan de indicatie te verlagen naar 5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit blijkt uit het e-mailbericht van 31 augustus 2021. Aan verzoekster is overeenkomstig de aangepaste indicatie een PGB vv toegekend.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij zich niet herkent in de stelling van verzoekster over een eventuele schending van zijn informatieplicht. Daartoe heeft hij verklaard dat verzoekster bij brief van 13 december 2019 is geïnformeerd over de toekenning van het PGB vv en dat hierin een einddatum is vermeld. Daarnaast geldt dat het de verantwoordelijkheid is van verzoekster, als budgethouder, zelf tijdig een nieuwe indicatie te laten stellen en een nieuwe aanvraag in te dienen om na voornoemde einddatum in aanmerking te blijven komen voor een PGB vv.
- 5.3. 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.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 14 juli 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

Adviesbevoegdheid

Gelet op voornoemd artikel 114, derde lid van de Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 van de Zvw. Voor geschillen met betrekking tot een PGB vv kan het Zorginstituut alleen beoordelen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop', zoals omschreven in artikel 2.10 van het Bzv. Het Zorginstituut kan daarom niet adviseren over de ingangsdatum van het PGB vv.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier zijn meerdere PGB aanvragen en bijbehorende zorgplannen aanwezig. Voor de beoordeling van dit geschil is alleen de PGB aanvraag d.d. 1 juli 2021 en het bijbehorende zorgplan relevant aangezien verweerder op basis hiervan een PGB vv heeft toegekend.

Verweerder heeft geen tijd toegekend voor het druppelen van de ogen en drie toiletmomenten. De indicierend wijkverpleegkundige is akkoord gegaan met het aanpassen van de indicatie (e-mail d.d. 31 augustus 2021). Daarmee is deze zorg niet meer onderbouwd en maakt de zorg geen onderdeel meer uit van de indicatie.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv voor het druppelen van de ogen en drie toiletmomenten. Nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het aanpassen van de indicatie is deze zorg niet meer onderbouwd. (...)"

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 4.6 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 de aanspraak op een 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

- 8.2. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. In gevallen als deze gaat het onder meer om de beantwoording van de vraag of de verzekeraar 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.

8.3. 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 indicerende wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen 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 verzekeraar 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 verzekeraar en de verpleegkundige:

- (i) tot overeenstemming tussen de verzekeraar 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 verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.

8.4. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar 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 verzekeraar 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.

8.5. In de situatie van verzoekster geldt dat de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 24 augustus 2021 vragen heeft gesteld aan de verpleegkundige over de gestelde indicatie. Vervolgens heeft op 31 augustus 2021 telefonisch contact plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar en de verpleegkundige. Het gesprek en de daarin gemaakte afspraken zijn door de ziektekostenverzekeraar op 31 augustus 2021 per e-mail aan de verpleegkundige bevestigd. Hieruit blijkt dat de indicatie is verlaagd. Uit het e-mailbericht van de verpleegkundige van 31 augustus 2021 volgt dat zij hiermee heeft ingestemd. Uit het voorgaande blijkt dat de ziektekostenverzekeraar aan zijn verplichtingen, zoals hiervoor beschreven onder (b) en (c), heeft voldaan. Voorts blijkt hieruit dat de verpleegkundige heeft ingestemd met een verlaging van de aanvankelijk gestelde indicatie. Verzoekster heeft geen recht op een ander of hoger PGB vv dan waarvoor de verpleegkundige een indicatie heeft gesteld. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster terecht een PGB vv heeft toegekend op basis van 5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 8.6. Verder geldt dat een PGB vv voor een bepaalde periode aan een verzekerde wordt toegekend. Om ook na deze periode aanspraak te kunnen maken op een PGB vv moet tijdig een nieuwe aanvraag worden ingediend. De ingangsdatum van het PGB vv is in dat geval gelijk aan de datum waarop de ziektekostenverzekeraar een compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. Dit staat in artikel 6.2 van het reglement.
- De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2019 een PGB vv aan verzoekster toegekend voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 1 november 2020. Om in aansluiting hierop aanspraak te kunnen maken op een PGB vv had verzoekster tijdig - dat wil zeggen vóór afloop van het lopende PGB vv - een compleet ingevulde en ondertekende aanvraag moeten indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Uit de stukken in het dossier blijkt echter dat verzoekster niet eerder dan op 1 februari 2020 een aanvraag heeft gedaan. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoekster niet betwist dat deze aanvraag incompleet was. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar op basis van deze aanvraag, en gelet op artikel 6.2 van het reglement, geen aansluitend PGB vv aan verzoekster hoefde toe te kennen.
- Hetgeen verzoekster in dit verband heeft aangevoerd, met name dat op de ziektekostenverzekeraar een informatieplicht rust op basis waarvan deze verzoekster tijdig had moeten informeren dat de toekenning van het PGB vv dreigde te verlopen en een nieuwe aanvraag moest worden ingediend, treft geen doel. Een dergelijke informatieplicht rust namelijk niet op de ziektekostenverzekeraar. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 13 december 2019 geïnformeerd over de einddatum van de toekenning van het PGB vv, zodat verzoekster hiervan op de hoogte is, althans redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn. Daarnaast geldt dat verzoekster - als budgethouder - in staat wordt geacht (zelfstandig) de taken en verplichtingen die horen bij het PGB vv uit te kunnen voeren. Hieronder wordt ook verstaan het tijdig laten stellen van een nieuwe indicatie en het indienen van een nieuwe aanvraag.
- 8.7. Vervolgens heeft een second opinion plaatsgevonden en is op basis hiervan een nieuwe aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze second opinion kan niet tot doel hebben de gevolgen van het niet-tijdig indienen van een aanvraag ongedaan te maken. Verder blijkt uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar dat de nieuwe aanvraag, die op 10 maart 2021 door hem is ontvangen, wederom niet compleet was en onjuist was ingevuld. Uit de hierover gevoerde correspondentie tussen partijen blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verschillende malen per e-mail heeft toegelicht op welke onderdelen de aanvraag niet juist was ingevuld. Verzoekster - dan wel haar vertegenwoordiger - hebben in reactie hierop bij herhaling geprobeerd de aanvraag alsnog goed in te vullen. Uit de e-mailberichten die partijen op 12 mei 2021 aan elkaar stuurden, blijkt dat de aanvraag op dat moment nog steeds niet correct was ingevuld. De commissie vindt het om die reden aannemelijk dat de ziektekostenverzekeraar, zoals hij stelt, niet eerder dan op 13 mei 2021 een compleet ingevulde en ondertekende aanvraag van verzoekster heeft ontvangen. De ingangsdatum van het PGB vv - te weten 13 mei 2021 - is daarmee overeenkomstig artikel 6.2 van het reglement vastgesteld.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 oktober 2022,

A.I.M. van Mierlo

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

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de wijze van declareren en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Waar is dit reglement op gebaseerd?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing als u een zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid heeft. U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als wijzigingen in artikel 13a Zvw en de daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2021 of latere datum in werking treden, dan kunnen wij in dit reglement wijzigingen aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Ook kan dit reglement tussentijds aangepast worden, als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen, of andere zaken, nader te bepalen. Wij informeren u hier dan over.

1.2 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

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

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

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

Onder zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

2. Daarnaast dient u:
 - a. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;
 - b. 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:

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 daarvoor gesteld zijn;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren.

De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:

 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo 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 in de afgelopen twaalf maanden 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 surseance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard;
 - g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig.
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

1. u voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3;
2. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
3. u beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
4. uw vrijheid is u rechte ontnomen;
5. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
6. uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
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 budget(ten) waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechte ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of 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.
8. u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
9. er wordt ook geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

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 hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website zorgenzekerheid.nl/brochures. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Een onvolledig ingevulde aanvraagformulieren-set wordt niet in behandeling genomen.
2.
 - a. voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid heeft opgesteld;
 - b. voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een, door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgverlener, gestelde indicatie; die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid (het kind) en de aanwezigheid van uw wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) heeft opgesteld.
3. 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;
4. indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er zorg voor draagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.

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;
6. 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 de verzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is;
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 beoordelen de doelmatigheid door onder ander uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Het is ook mogelijk dat u om een herbeoordeling van de indicatie vraagt, maar dit kan alleen met goedkeuring vooraf van ons;
8. 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;
9. als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), 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 zestig dagen in een Wlz-instelling bent opgenomen of in een ziekenhuis verblijft of langer dan zestig dagen gebruik maakt van Kortdurend verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van uw polisvoorwaarden;
10. in deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het Zvw-pgb wenst te contracteren. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de verpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Het is niet mogelijk om uw Zvw-pgb met terugwerkende kracht in te laten gaan. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan;
2. als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
3. als er sprake is van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen;
4. in de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal twee jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van vijf jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt;
5. voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd;
6. het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
7. als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen; bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen;
8. de toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt;

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

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. u kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld;
2. voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratieformulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website op zorgenzekerheid.nl/brochures (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Zowel voor formele zorgverleners als voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier;
3. de nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden;
4. 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;
5. het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd;
6. wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb;
7. indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - a. persoonlijke verzorging: € 39,12 per uur (€ 3,26 per 5 minuten);
 - b. verpleging: € 56,76 per uur (€ 4,73 per 5 minuten).
2. voor informele zorgverleners kunt u maximaal €23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging;
3. onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. ouders, verzorgers, partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;;
 - b. niet is 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;
 - c. 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 art. 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt;
5. alleen de AGB-codes van zorgverleners uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden als formele zorgverlener geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast aantoonbaar beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen ter controle daarvan bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde eisen tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief;
6. 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 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf 3 als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of een helpende niveau 2. Zorg geleverd door een helpende niveau 2 moet in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2021, maar geen contract had in 2020. In de zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft. Het machtigingsformulier voor nieuw gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een hbo-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschikt;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;

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 veertien 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 € 24,36 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook

vergoed indien:

- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie

van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:

- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
- c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. 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.