

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, indicatie, ingangsdatum,
toekenningsduur, procedurele zorgvuldigheid

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

Zaaknummer : 202102369

Zittingsdatum : 12 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 18 maart 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 juni 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 2 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 september 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022031983) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 september 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 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 6 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 oktober 2022 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 grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend***, Aanvullend Tand** en Extra Aanvullend Thuiszorg (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekeraar is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij aanvraagformulier van 18 augustus 2021 is ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 30 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. In de aanvraag is vermeld dat de indicatie geldig is van 22 oktober 2021 tot en met 21 oktober 2026.

- 3.3. In het zorgplan, dat deel uitmaakt van voornoemde aanvraag, heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoeker verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) Beschrijving: medicatietoediening

Wat & Hoe - Persoonlijke verzorging: Ogen druppelen.

De ogen worden 5x daags gedruppeld Dit is 75 min per dag.

Totaal aantal minuten per week: 525 min. Totaal aantal uur per week: 8,75 uur

Beschrijving: medicatie uitzetten.

Wat & Hoe - Persoonlijke verzorging: Medicatie uitzetten.

De medicatie wordt elke week uitgezet in een weekdoos. Dit duurt 30 min.

Totaal aantal minuten per week: 30 min.

Beschrijving: persoonlijke hygiëne

Wat & Hoe - Persoonlijke verzorging:

Neuropathie in de vingers, waardoor beperkt in het gebruik van de handen i.v.m.

onderbenenamputaties protheses, beperkt in het lopen en bewegen. Daarom hulp bij de ADL nodig:

- Dhr. wordt elke dag geholpen met douchen. Dit duurt 45 min.

- Dhr. wordt elke dag geholpen met aan- en uitkleden, in de ochtend en avond. Dit duurt 30 min. per keer dus 60 min. per dag.

- Dhr. heeft hulp nodig bij de protheses om- en afdoen. Dit duurt 15 min. per dag.

- Dhr. heeft hulp nodig bij de schoenen aan- en uitdoen en de veters strikken. Dit duurt 15 min. per dag.

- Dhr. gaat 3x per week naar de dialyse met de taxi en heeft dan hulp nodig bij het klaarmaken. Dit duurt 10 min. per keer, dus 30 min. per week.

- Dhr. heeft hulp nodig bij de toiletgang. Dit duurt ongeveer 30 min. per dag.

- Dhr. heeft hulp nodig bij de transfers. Dit duurt ongeveer 15 min. per dag.

Totaal aantal minuten per week: 1290 min. Totaal aantal uur per week: 21,5 uur.

Verder is er naast de zorgvraag die onder aanspraak wijkverpleging valt ook nog sprake van gebruikelijke zorg die door familie wordt geleverd namelijk:

- (Huishoudelijke) klusjes, inclusief koken

- Klusjes in de tuin

- Boodschappen doen

- Hulp als er bijvoorbeeld iets valt etc. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft Argonaut B.V. (hierna: Argonaut) verzocht een huisbezoek bij verzoeker af te leggen. Dit huisbezoek heeft plaatsgevonden op 22 september 2021. Van het huisbezoek is een verslag gemaakt. Dit luidt, voor zover hier relevant:

"(...)

3.8 Advies PV (minuten per week): 630

3.9 Advies PV: uitwerking handelingen tijd gerefereerd aan bovengenoemde indicatie voor zover mogelijk en noodzakelijk:

Taak PV: anders namelijk

Aantal minuten per dag: 25

Aantal dagen per week: 7

Toelichting: Hulp in de avond:

- hulp bij (gedeeltelijk) uitkleden

- hulp bij uitdoen van onderbeenprotheses

Taak PV: anders namelijk
 Aantal minuten per dag: 40
 Aantal dagen per week: 7
 Toelichting: Hulp in de ochtend:
 - hulp bij (gedeeltelijk) aankleden
 - hulp bij het omdoen van de onderbeenprothese

Taak PV: anders namelijk
 Aantal minuten per dag: 25
 Aantal dagen per week: 7
 Toelichting: Hulp bij ogen druppelen (5x)
 (...)

3.14 Uitleg waarbij en waarom dit minder (of meer) is dan de hierboven genoemde indicatie
 Op basis van het gesprek met verzekerde is de indicatie gesteld door de indicierend
 wijkverpleegkundige m.i. te hoog, zie onderstaande redenen:

Er zijn 30 minuten per week geïndiceerd voor het uitzetten van de medicatie in een weekdoos. Het uitzetten van medicatie is een handeling die redelijkerwijs van het netwerk van verzekerde mag worden verwacht. De tijd is binnen het advies in mindering gebracht.

De tijd voor de ADL in de ochtend en de avond is zeer ruim. De handelingen zijn ook los van elkaar geïndiceerd. Er is sprake van samenvallende activiteiten (douchen, aan- en uitkleden, prothese om- en afdoen, schoenen aantrekken, veters strikken), die gecombineerd kunnen worden uitgevoerd met de overige ADL zorg in de ochtend en in de avond. Bovenstaande uren (zie 3.8) volstaan m.i. voor de ochtend- en avondzorg.

Er zijn 30 minuten per dag geïndiceerd voor hulp bij de toiletgang. Verzekerde geeft echter aan dat de toiletgang (aan- en uitkleden, reinigen) hem zelfstandig lukt. Zijn partner helpt hem met het open en dichtdoen van de knopen. Dit is m.i. de zorg die redelijkerwijs van de partner kan worden verwacht. De tijd voor deze handeling is niet meegenomen binnen het advies.

Er zijn 30 minuten per week geïndiceerd voor 'hulp bij klaarmaken voor dialyse'. Verzekerde geeft echter aan dat hij geen extra hulp op de dag van de dialyse ontvangt. In het ziekenhuis helpt het personeel hem met het uitkleden. Om deze redenen is de tijd voor deze handeling niet meegenomen binnen het advies.

Er zijn 15 minuten per dag geïndiceerd voor hulp bij transfers. Verzekerde geeft aan dat de zorggebonden transfers hem meestal zelfstandig lukken. Op de slechte dagen maakt hij gebruik van de slaapkamer en de badkamer beneden. Overdag helpt zijn partner hem soms met de transfer in de rolstoel (het gaat om transfers van de tafel naar de stoel en terug). Dit betreft geen structurele zorg en geen zorggebonden transfer. Om deze redenen is de tijd voor deze behandeling niet meegenomen binnen het advies.
 (...)

Wijkverpleegkundige gesproken op: 24 september 2021

4.5 Resultaat contact wijkverpleegkundige

De indicierend wijkverpleegkundige mw. [naam] telefonisch gesproken en het advies gedeeld. Zij kan zich vinden in het advies betreffende alle handelingen (zie 3.14). (...)"

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 14 uren persoonlijke verzorging per week voor de periode van 8 oktober 2021 tot en met 7 oktober 2023.

- 3.6. Bij brief van 18 november 2021 heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoeker verklaard:
"(...) Ik ben wijkverpleegkundige [naam], werkzaam bij Buurtzorg Nederland en ik heb de PGB-indicatie gesteld bij [verzoeker]. Hieronder een toelichting waarom ik het aantal uren en minuten persoonlijke verzorging hoger heb geïndiceerd dat de verpleegkundige van Argonaut.

[Verzoeker] heeft nierfalen, gaat hiervoor 3 dagen per week 4 uur naar de dialyse. Als gevolg van langdurige dialyse heeft dhr. neuropathie in zijn vingers gekregen. Hierdoor is dhr. beperkt in het gebruik van zijn handen. Door de neuropathie in de vingers heeft dhr. hulp nodig bij het open- en dichtdoen van de knopen van zijn broek en bij het aan- en uittrekken van zijn schoenen. Ook kan dhr. daarom zelf niet zijn veters strikken. Verder heeft dhr. onderbenenamputaties, waardoor hij protheses heeft. Door de neuropathie lukt het niet zelf om de prothese om- en af te doen, ook hier heeft dhr. hulp bij nodig. Ook heeft dhr. last van fantoompijn, waardoor de ADL wat langer duurt.

Daarnaast wordt de medicatie elke week uitgezet in een weekdoos. Door neuropathie en tremoren lukt het dhr. zelf niet om dit te doen. Doordat de medicatie van dhr. regelmatig wijzigt, is een baxterrol of bijvoorbeeld een medido niet mogelijk. Dhr. heeft daarom hulp nodig bij het uitzetten van de medicatie. Hierop heb ik daar ook extra tijd voor geïndiceerd.

Er is telefonisch contact geweest met de verpleegkundige van Argonaut die ook op huisbezoek is geweest bij de dhr. Echter heeft zij veel minder tijd geïndiceerd. Zij benoemde haar bevindingen en daar ben ik het dus niet mee eens. Op basis van mijn professionele vakkundigheid vind ik bijvoorbeeld dat het open- en dichtdoen van een knoop, hulp bij de toiletgang en hulp bij het aan- en uitkleden geen gebruikelijke zorg is, maar van geneeskundige aard. Vandaar dat ik daar extra tijd voor heb geïndiceerd. Tijdens het telefonisch contact heb ik ook benoemd wat mijn bevindingen waren, maar ik heb het gevoel dat ik er niets tegenin kon brengen. Ze bleef bij haar standpunt. Achteraf voelde ik me min of meer gedwongen toch akkoord te gaan met haar bevindingen, omdat ze anders niet verder kon.

In 2016 heeft dhr. 25 uur per week toegekend gekregen, echter is dhr. in de afgelopen tijd alleen maar achteruit gegaan en daarom heb ik de tijd ruimer aangehouden. Er is namelijk zowel in de ochtend als de avond geen sprake van samenvallende zorg, daarom heb ik de zorghandelingen apart geïndiceerd. Mijns inziens lijkt het ook dat als er in 2016 25 uur per week is toegekend, en dhr. in de loop der jaren alleen maar verder achteruit gaat, er dan niet zoveel minder tijd kan worden geïndiceerd. (...)"

- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd en daarbij de verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige van 18 november 2021 overgelegd. Bij brief van 9 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Bij brief van 6 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.9. Bij brief van 19 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
4. **Standpunt verzoeker**
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv moet verstrekken op basis van 24,5 uren Persoonlijke Verzorging per week voor de duur van 5 jaren.

- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte is afgeweken van de indicatie die door de indicierend wijkverpleegkundige is gesteld. Het had destijds op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige voor zover hij zich niet in de gestelde indicatie kon vinden. Dit heeft hij echter nagelaten. In plaats daarvan is contact opgenomen met een vervangend wijkverpleegkundige, die verzoeker niet heeft gezien of gesproken en akkoord is gegaan met een verlaging van de indicatie. Hierin kan verzoeker zich niet vinden.

Verder heeft verzoeker gewezen op artikel 5.4 van het 'Reglement Zvw-Pgb' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Hierin is vermeld dat de benodigde uren voor de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend. Volgens verzoeker zou dit in zijn situatie betekenen dat een formele zorgverlener die zijn ogen komt druppelen, telkens 15 minuten moet wachten - omdat dit de tijd is die tussen het toedienen van de druppels moet zitten - en hiervoor betaald krijgt. Zijn informele zorgverlener krijgt echter maar 5 minuten vergoed. Dat vindt verzoeker krom. Hetzelfde geldt voor hulp bij het douchen. Dit kan hij pas doen als de zorgverlener er is en ook dan is er een situatie dat gewacht moet worden.

Verzoeker stelt als oplossing voor aan hem een PGB vv toe te kennen gebaseerd op:

- Ogen druppelen: 5x per dag met een tussentijd van 15 minuten maakt 75 minuten per dag.
- Hulp bij het douchen: 45 minuten per dag.
- Hulp bij het aan- en uitkleden: 60 minuten per dag
- Prothese om- en afdoen: 15 minuten per dag.
- Schoenen aan- en uitdoen en veters strikken: 15 minuten per dag.

Dit geeft een totaal van 210 minuten, ofwel 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per dag. Dit komt neer op 24 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verder is verzoeker van mening dat een PGB vv gebaseerd op deze uren aan hem moet worden toegekend voor de duur van 5 jaren, hetgeen ook mogelijk is op grond van artikel 6.3 van het reglement.

- 4.3. 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.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen recht heeft op een ander of hoger PGB vv dan aan hem is toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe aangevoerd dat de indicatie die ten behoeve van verzoeker is gesteld onvoldoende navolgbaar was en dat om die reden Argonaut is verzocht een huisbezoek bij verzoeker af te leggen en een advies uit te brengen. Dit advies is op 24 september 2021 met de indicierend wijkverpleegkundige besproken en zij heeft met de inhoud hiervan ingestemd.

In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar opnieuw contact proberen op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige. Zij was echter niet langer werkzaam bij de betreffende zorginstelling. Om die reden heeft overleg plaatsgevonden met twee plaatsvervangende wijkverpleegkundigen. Dit heeft ertoe geleid dat de indicatie is verlaagd naar 14 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit blijkt uit de gevoerde e-mailcorrespondentie van 15 maart 2022. Nu de wijkverpleegkundigen akkoord zijn gegaan met het verlagen van het aantal uren staat vast dat bij de overige geïndiceerde zorg geen sprake was van verpleegkundige zorg, de geneeskundige context onvoldoende was onderbouwd, dan wel de zorg te ruim was geïndiceerd. Voor deze zorg kan dan ook geen PGB vv worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij met het voornoemde overleg en het akkoord op de aangepaste indicatie aan zijn zorgvuldigheidsverplichtingen heeft voldaan, overeenkomstig de strekking van het

beslissingskader van de commissie. Het is bovendien rechtmatig dat het overleg uiteindelijk met de vervangende wijkverpleegkundige is gevoerd. De (aanvankelijke) omissie om het overleg met de indicierend wijkverpleegkundige niet voldoende vast te leggen, kan in dit concrete geval niet tot gevolg hebben dat de oorspronkelijke indicatie moet worden gevolgd, omdat daarmee aantoonbaar ondoelmatige en onrechtmatige zorg zou worden vergoed.

Ten aanzien van de looptijd van de toekenning heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat deze maximaal 2 jaren bedraagt, tenzij de indicatie niet langer geldig is of de zorgvraag lopende deze periode wijzigt. De uitzondering op deze regel is als de verzekerde al over een toekenningsbeschikking voor de duur van 5 jaren beschikt. Dan blijft deze geldig, tenzij de zorgvraag wijzigt. Een en ander is vermeld in artikel 6.3 van het reglement. Verzoeker beschikte echter niet over een dergelijke toekenningsbeschikking. De laatste toekenningsbeschikking gold namelijk van 1 januari 2021 tot en met 21 oktober 2021. Gelet op het voorgaande was de ziektekostenverzekeraar niet gehouden een PGB vv aan verzoeker te verstrekken voor de duur van meer dan 2 jaren.

- 5.2. 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 6 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier is de PGB vv aanvraag met daarbij behorende zorgplan aanwezig. Ook zit er een brief van de revalidatiearts en twee verschillende beoordelingsformulieren van Argonaut, met dezelfde datum.

Indicatie

Wat betreft de zorg die in geschil is, deelt het Zorginstituut de mening van verweerder dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is in het zorgplan. Zo is bijvoorbeeld onduidelijk wat het klaarmaken voor dialyse inhoudt en of er dus sprake is van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Het Zorginstituut deelt ook de mening van verweerder dat er veel zorg apart is geïndiceerd die samenvalt met de ochtend- en of avondzorg. Het is niet wenselijk om iedere handeling die uitgevoerd wordt separaat te indiceren, zoals bijvoorbeeld het aandoen van de schoenen en het veters strikken. Met betrekking tot het om- en afdoen van de protheses is het begrijpelijk dat deze handeling apart is geïndiceerd omdat dit niet standaard tot de ADL zorg behoort, maar hier heeft verweerder dan ook wel tijd voor toegekend. Nu de geneeskundige context van de zorg die in geschil is onvoldoende is onderbouwd zijn de overige afwijsgonden die verweerder aanvoert niet relevant. De overige afwijsgonden zullen worden meegenomen in de beantwoording van de vragen van de SKGZ, voor zover deze afwijsgonden relevant zijn voor de beantwoording van de vragen.

Het Zorginstituut merkt op dat de wijkverpleegkundige als zorgprofessional verantwoordelijk is 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. Indien de akkoordverklaring van de indicierend wijkverpleegkundige op correcte wijze tot stand is gekomen is de overige geïndiceerde zorg niet meer onderbouwd.

Vragen SKGZ

De SKGZ heeft het Zorginstituut gevraagd om aandacht te besteden aan de volgende vragen:

"Kan het uitzetten van medicatie naar zijn aard zorg zijn zoals verpleegkundige die plegen te bieden?"

Ja, het uitzetten van medicatie kan zorg zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Het gebruik van een Baxter of een Medido is echter voorliggend op het uitzetten van medicatie. Mocht dit bijvoorbeeld niet mogelijk zijn in verband met regelmatig wisselende doseringen, of kortdurende gebruik van medicijnen dan zou een verpleegkundige deze kunnen uitzetten. De verpleegkundige geeft aan dat de medicatie regelmatig wisselt maar of de apotheek ook daadwerkelijk heeft aangegeven dat een Baxter of Medido niet mogelijk is, is het Zorginstituut niet duidelijk.

"Is aangepaste kleding een voorliggende voorziening op persoonlijke verzorging in de vorm van hulp bij het aan- en uitkleden tijdens de toiletgang?"

Nee, aangepaste kleding is niet een voorliggende voorziening. Er moet echter wel sprake zijn van een geneeskundige context en daar lijkt in dit geval geen sprake van.

"Is hulp bij de toiletgang of hulp bij het aan- en uittrekken van kleding zorg die redelijkerwijs van het netwerk verwacht mag worden?"

Nee, de term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Bzv, of de Regeling zorgverzekering (Rzv) bevatten geen bepalingen die expliciet vastleggen dat geen sprake is van verzekerde zorg als (delen van) die zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden verleend of overgenomen, of die regelen dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen. Of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan niet afhangen van de vraag of de zorg door het netwerk van verzekerde verleend kan worden. Op basis van voorgaande kan geconcludeerd worden dat verweerder niet de afwijsggrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg geleverd kan of moet worden door het netwerk van verzoeker. Daarmee beperkt verweerder de aanspraak op zorg op een ongeoorloofde wijze.

"Is ondersteuning bij transfers slechts zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden indien deze zorg gerelateerd zijn?"

Nee, het is niet slechts zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden als de transfers zorg gerelateerd zijn.

Er dient echter wel sprake te zijn van een geneeskundige context, dat lijkt in dit dossier niet aan de orde, althans het wordt niet onderbouwd.

Conclusie

De geneeskundige context van de zorg met betrekking tot het klaarmaken voor dialyse, uitzetten van medicatie, niet zorg gebonden transfers en de knoop open en dicht doen bij toiletgang is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Daarnaast is veel zorg (zorg onder de ruime zorgmomenten) apart geïndiceerd die samenvalt met de ochtend- en of avondzorg. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het niet wenselijk is iedere handeling die uitgevoerd wordt separaat te indiceren. (...) "

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 18.4 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 het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een PGB vv toe te kennen op basis van 24 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week en (ii) of dit PGB vv moet worden toegekend voor de duur van 2 of maximaal 5 jaren.

Zorgverzekering

- 8.3. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoeker is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van een deel van de aanvraag tot toekenning van een PGB vv.
- 8.4. 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.
- 8.5. 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 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.

- 8.6. 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.
- 8.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij zich niet kon vinden in de indicatie die door de indicierend wijkverpleegkundige werd gesteld en dat hij om die reden Argonaut heeft gevraagd aan hem hierover een advies uit te brengen na het afleggen van een huisbezoek. In het advies, is vermeld dat Argonaut hij zijn bevindingen heeft besproken met de indicierend wijkverpleegkundige en dat deze heeft ingestemd met verlaging van de indicatie. De commissie overweegt in de eerste plaats dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat een derde partij - zoals Argonaut - in te schakelen en dat deze namens hem contact kan opnemen en overleg kan voeren met de indicierend wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie. Een en ander neemt echter niet weg dat ook dan de ziektekostenverzekeraar, danwel de partij die namens hem handelt, is gehouden de vereiste procedurele zorgvuldigheid in acht te nemen die op de ziektekostenverzekeraar rust. In het onderhavige geval had het dan ook op de weg gelegen van Argonaut zijn advies, met daarin zijn bevindingen, voor te leggen aan de indicierend wijkverpleegkundige en deze in de gelegenheid te stellen hierop (schriftelijk) te reageren. Door dit na te laten heeft Argonaut, en daarmee de ziektekostenverzekeraar, in beginsel niet aan de vereiste procedurele zorgvuldigheid voldaan.
- 8.8. Gelet op het voorgaande ligt het verzoek gereed voor toewijzing, tenzij dit zou leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. In dit verband overweegt de commissie dat de indicierend wijkverpleegkundige bij brief van 18 november 2021 heeft verklaard dat Argonaut telefonisch contact met haar heeft opgenomen en dat bij die gelegenheid de bevindingen van Argonaut en haar bevindingen zijn besproken. Verder heeft de wijkverpleegkundige verklaard dat zij akkoord is gegaan met de bevindingen van Argonaut. Naar het oordeel van de commissie staat daarmee vast dat de bevindingen van Argonaut met de wijkverpleegkundige zijn besproken en dat zij heeft ingestemd met aanpassingen, waaronder de verlaging van de door haar gestelde indicatie. Dat de indicierend wijkverpleegkundige pas op 18 november 2021 heeft verklaard dat zij één en ander 'onder druk' van Argonaut heeft gedaan, omdat Argonaut anders 'niet verder kon', kan de commissie niet overtuigen. Van de indicierend wijkverpleegkundige mag als professional worden verwacht dat zij niet instemt met aanpassing van de gestelde indicatie als deze zich hierin niet kan vinden en voorts dat zij deze indicatie en haar bevindingen zo nodig nader onderbouwt.
- 8.9. De commissie komt dan ook tot de conclusie dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een PGB vv toe te kennen op basis van de oorspronkelijk gestelde indicatie. De ziektekostenverzekeraar hoeft om die reden geen andere PGB vv aan verzoeker toe te kennen dan op basis van 14 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 8.10. Ten aanzien van de duur waarvoor het PGB vv moet worden toegekend, overweegt de commissie het volgende. In artikel 6.3 van het reglement is vermeld dat de maximale duur waarvoor een PGB vv kan worden toegekend 2 jaren is. Uitzondering op deze regel is de situatie dat reeds sprake is van een lopende toekenningsbeschikking voor de duur van 5 jaren. Een zodanige toekenning blijft voor deze periode doorlopen, tenzij de zorgvraag in de tussentijd wijzigt, een nieuwe indicatie wordt gesteld en op basis hiervan een nieuwe aanvraag wordt ingediend. Dan geldt opnieuw de hoofdregel, namelijk dat het PGB vv voor de duur van maximaal 2 jaren wordt toegekend. In de situatie van verzoeker is sprake van een herindicatie op basis waarvan een nieuwe aanvraag is ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In dat geval is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden een PGB vv toe te kennen voor de duur van meer dan 2 jaren. Dat in het geval van verzoeker door de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie is gesteld voor de duur van 5 jaren maakt dit niet anders.

Slotsom

8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 november 2022

L. Ritzema

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

5 Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-pgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
2. Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of orginhoudelijk adviseur.
3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregisteerde 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 indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregisteerde HBO kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie INtegrale KindZorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
4. De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
5. Als er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen (conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) 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-geregisteerde hbo-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.3.
6. 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. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
7. In het geval de zorg door informele zorgverleners wordt uitgevoerd, dient de inzet van het netwerk expliciet verdisconteerd te zijn in de formele indicatiestelling, waarbij gebruik gemaakt wordt van het dynamisch proces van 'erkenning van zelfredzaamheid van de cliënt en het cliëntsysteem, zoals in het Normenkader staat beschreven.
8. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
9. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorgverlener is.
10. Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel B28 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
11. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. 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. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatiesteller (intervisie) en na overleg past de 1e indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 5.3a, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen.
12. Op het aanvraagformulier dient u 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(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
13. Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel 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. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.

14. Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
- a. De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b. Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c. Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast
- Een combinatie van zorgverlening door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en zorg via een Zvw-pgb is niet mogelijk.

6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag 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 uw volledig ingevulde aanvraagformulier hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring of bevestiging via elektronische weg, die wij u toesturen, leggen wij de periode van toekenning van het Zvw-pgb en de hoogte van het budgetbedrag dat over deze periode maximaal wordt vergoed vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang 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 indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u al over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg heeft gedeclareerd, dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb 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 heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen.
7. De toekenning of afwijzing van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen.
9. Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel B28 van uw basisverzekering is beschreven.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel [B.17](#), [B.29](#) en [B.30](#) staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

Let op!

Onder voorwaarden is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op!

Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.

Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
 - Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- Een minimaal BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- Bij palliatieve terminale zorg heeft de behandelend arts vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg (inclusief de vaststelling van het aanbreken van de palliatieve terminale fase) wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreeerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aanpak. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel [B.33](#);
- u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op!

Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.
2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.29 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het verblijf is over het algemeen gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefen therapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
3. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u dit aanvraagt.
4. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
5. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a. wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b. wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c. wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

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.