

# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en Verzorging, PGB vv, indicatie, niet tijdig beslissen, zorgvuldigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021 en 2022

Zaaknummer : 202201583

Zittingsdatum : 19 april 2023

## 1. Partijen

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

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. Verzoekster heeft bij brief van 22 september 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 november 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 19 december 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022049680) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 december 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 mei 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 december 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 mei 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 grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend\* en Aanvullend Tand\*\*\* (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij aanvraagformulier van 21 juli 2021 is ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 2 uren Verpleging en 23 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week aangevraagd. Hierbij is vermeld dat de gestelde indicatie geldig is van 21 juli 2021 tot en met 21 juli 2023.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft Argonaut B.V. (hierna: Argonaut) verzocht een huisbezoek bij verzoekster af te leggen. Dit huisbezoek heeft plaatsgevonden op 6 september 2021. Argonaut heeft de ziektekostenverzekeraar geadviseerd een PGB vv toe te kennen op basis van 15 minuten Verpleging en 24 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.4. Bij brief van 13 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar het PGB vv van verzoekster verlengd tot 30 november 2021, omdat de beoordeling van de herindicatie meer tijd in beslag nam.
- 3.5. Op 29 oktober 2021 is bij verzoekster opnieuw een huisbezoek afgelegd door Argonaut. Van dit huisbezoek is een verslag gemaakt. Argonaut heeft de ziektekostenverzekeraar geadviseerd een PGB vv toe te kennen op basis van 15 minuten Verpleging en 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.6. Bij aanvraagformulier van 21 januari 2022 is ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging op basis van 15 minuten Verpleging en 19 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week aangevraagd. Hierbij is vermeld dat de gestelde indicatie geldig is van 21 januari 2022 tot en met 21 januari 2023.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 maart 2022 aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 15 minuten Verpleging en 14 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 december 2021 tot en met 21 januari 2023.
- 3.8. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 31 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.9. Bij brief van 19 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Bij brief van 22 mei 2023 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
  - (i) primair aan haar met ingang van 1 december 2021 een PGB vv toe te kennen conform de gestelde indicatie van 21 juli 2021, dat wil zeggen op basis van 2 uren Verpleging en 23 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week gedurende de periode van 1 december 2021 tot en met 21 juli 2023, dan wel
  - (ii) subsidiair aan haar met ingang van 1 december 2021 een PGB vv toe te kennen conform de gestelde indicatie van 21 januari 2022, te weten op basis van 15 minuten Verpleging en 19 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week gedurende de periode van 1 december 2021 tot en met 21 januari 2023.
- 4.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij de auto-immuunziekte systemische lupus erythematoses (SLE) heeft. Als gevolg hiervan lijdt zij aan ernstige migraineaanvallen en huiduitslag. Zij heeft tijdens een aanval veel pijn in haar hele lichaam met braken, diarree en een verminderd reactievermogen. Een aanval duurt gemiddeld 10 uur maar de klachten kunnen tot 30 uur aanhouden. Zij is dan volledig afhankelijk van zorg.

De indicatie van 21 juli 2021 kwam volledig overeen met de zorgbehoefte van verzoekster. Verzoekster wijst op de gebrekkige communicatie met de ziektekostenverzekeraar en stelt dat deze consequent heeft geweigerd zijn overwegingen op schrift te zetten. Er is nooit een beslissing genomen op de eerste aanvraag. Verzoekster heeft geen afstand gedaan van de aanspraak op een PGB vv zoals vervat in de aanvraag van 21 juli 2021. Het is voor haar niet duidelijk geworden waarom de aanvankelijk gestelde indicatie en het eerste advies van Argonaut niet afdoende waren voor een beoordeling. Zij kreeg door telefonische mededelingen van de ziektekostenverzekeraar de indruk dat zij geen andere keuze had dan het toelaten van een tweede adviseur van Argonaut en het laten stellen van een nieuwe indicatie.

- 4.3. Subsidiair heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar op onduidelijke gronden is afgeweken van de indicatie van 21 januari 2022. Het is niet helder hoe het contact tussen de indicierend wijkverpleegkundige en de ziektekostenverzekeraar is tot stand gekomen. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierbij niet gehandeld volgens de voorwaarden die de commissie heeft gesteld in het geval een zorgverzekeraar afwijkt van de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop haar standpunt herhaald en bij afsluiting van de zitting 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 aangevoerd dat hij meer tijd nodig had voor de beoordeling en daarom in reactie op de aanvraag van 21 juli 2021 het bestaande PGB vv van verzoekster heeft verlengd tot 30 november 2021. Er zijn twee huisbezoeken afgelegd door Argonaut waarbij is geconcludeerd dat de indicierend wijkverpleegkundige een te hoge indicatie had gesteld. Met het indienen van de aanvraag van 21 januari 2022 (ontvangen op 27 januari 2022) werd de aanvraag van 21 juli 2022 ingetrokken. De ziektekostenverzekeraar was het niet eens met de inhoud van de indicatie van 21 januari 2022 en heeft hierover contact opgenomen met de wijkverpleegkundige. In overleg en met akkoord van de indicierend wijkverpleegkundige is afgeweken van de indicatie en zijn 15 minuten Verpleging en 14 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week toegekend voor de periode 1 december 2021 tot en met 21 januari 2023. Wat betreft de Persoonlijke Verzorging zijn 4 uren in mindering gebracht omdat deze te ruim was geïndiceerd en 1 uur omdat deze zorg kan worden overgenomen door het netwerk kan worden overgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft de discussie over de indicatie met de brief van 6 mei 2022 afgesloten, omdat de echtgenoot van verzoekster dreigementen uitte tegen een van zijn medewerkers. Er is daarom niet meer gereageerd op de brief van 9 mei 2022 van verzoekster.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, nog aangevoerd dat hij heeft geprobeerd te achterhalen wat er precies is besproken in het gesprek met de wijkverpleegkundige, maar dit door een technische fout niet is gelukt. De communicatie met de wijkverpleegkundige heeft wel plaatsgevonden.
- 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 19 december 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

### **"Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

### Akkoord wijkverpleegkundige

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de aanpassing van de indicatie door verweerder. De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. Nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het aanpassen van de indicatie is de overige zorg niet meer onderbouwd. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv voor de zorg die verweerder niet heeft toegekend.

### Zorg door het netwerk

Verweerder voert aan dat het aanreiken van medicatie redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk. Ten overvloede merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot deze afwijgrond. In meerdere adviezen heeft het Zorginstituut aangegeven dat de term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen niet voorkomen 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. In die zin bevat de Zvw en aanverwante regelgeving geen grondslag op basis waarvan inzet van het netwerk juridisch afdwingbaar is. Ook artikel 13a van de Zvw, waarin is vastgelegd dat zorgverzekeraars in de polis de mogelijkheid voor een PGB voor wijkverpleging moet opnemen, en de daarop gebaseerde regelgeving over het PGB vv in het Bzv en de Rzv bieden geen juridische grondslag voor het stellen van voorwaarden met betrekking tot de inzet van zorg door het netwerk van de verzekerde.

Op grond van artikel 2.1 lid 3 van het Bzv kan een verzekerde alleen aanspraak maken op zorg, waaronder een PGB vv, indien de individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Hierbij is van belang dat, zoals hierboven aangegeven, de Zvw en daarop gebaseerde regelgeving geen grondslag biedt om zorg door het netwerk af te dwingen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan niet afhangen van de vraag of de zorg door het netwerk van de verzekerde verleend kan worden.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat een zorgverzekeraar niet de afwijgrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde. Daarmee beperkt de verzekeraar de aanspraak op zorg op ongeoorloofde wijze.

### **Conclusie**

In dit geschil wordt niet toegekomen aan vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een 'geneeskundige context'. De geneeskundige context is namelijk niet onderbouwd nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren. Daardoor kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat zorg die niet is toegekend door verweerder niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering voor de zorg die geen onderdeel uitmaakt van de indicatie.

## 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 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

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

### Zorgverzekering

- 8.2. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziekteverzekeraar tot afwijzing van een deel van de aanvraag voor een PGB vv
- 8.3. 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.
- 8.4. Het beslissingskader dat de commissie in PGB vv-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
  - (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicerend 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.

- 8.5. 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.

#### *PGB vv aanvraag van 21 juli 2021*

- 8.6. Door de wijkverpleegkundige is op 21 juli 2021 een (verlengings)aanvraag ingediend waarbij zij 2 uren Verpleging en 23 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging heeft geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens ervoor gekozen Argonaut in te schakelen om een huisbezoek af te leggen en de gestelde indicatie te laten toetsen. Tijdens het huisbezoek op 6 september 2021 is onder andere geconstateerd dat de wijkverpleegkundige een rekenfout heeft gemaakt in haar berekening. De 1.405 minuten aan Persoonlijke Verzorging per week dienen 1.330 (22 uren en 10 minuten) te zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens meer tijd nodig gehad om de aanvraag van 21 juli 2021 te beoordelen. Daarom heeft hij bij besluit van 13 oktober 2021 het bestaande PGB vv - op basis van 2 uren en 30 minuten Verpleging en 23 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging - verlengd tot en met 30 november 2021. Op 29 oktober 2021 is opnieuw een huisbezoek afgelegd door Argonaut. Na de huisbezoeken van Argonaut had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om tijdig een beslissing te nemen op de aanvraag van 21 juli 2021. Dit is echter niet gebeurd. In dit laatste ziet de commissie aanleiding af te wijken van haar vaste jurisprudentie, te weten dat met het indienen van een nieuwe aanvraag, de voorgaande aanvraag komt te vervallen. Zou dit namelijk anders zijn, dan valt een gat tussen de einddatum van de overgangsregeling op basis van het bestaande PGB vv (30 november 2021) en de mogelijke ingangsdatum van het PGB vv op basis van de nieuwe indicatie (21 januari 2022). De commissie beslist daarom dat verzoekster gedurende de periode van 1 december 2021 tot en met 20 januari 2022 aanspraak heeft op een PGB vv op basis van - na correctie van de rekenfout - 2 uren Verpleging en 22 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hierna zal de commissie ingaan op de aanvraag van 21 januari 2022.

#### *PGB vv aanvraag van 21 januari 2022*

- 8.7. Ten aanzien van deze aanvraag geldt dat de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht van 16 maart 2022 heeft overgelegd van (naar de commissie althans aanneemt) de indicerende wijkverpleegkundige. Hierin geeft zij aan: 'volgens mij klopt de berekening en de samenvatting van wat we besproken hebben.' Het is de commissie niet duidelijk wat er in het gesprek is besproken en waarop de wijkverpleegkundige akkoord geeft. Uit het e-mailbericht kan, anders dan het Zorginstituut concludeert, naar het oordeel van de commissie niet worden opgemaakt dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren van de door haar gestelde indicatie. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar, ondanks het verzoek daartoe, geen verslag overgelegd waaruit de inhoud van het gesprek blijkt. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar bij de beoordeling van de aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid in acht heeft genomen. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte besloten het geïndiceerde aantal uren te verlagen. Dit leidt ertoe dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 15 minuten Verpleging en 19 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week gedurende de periode van 21 januari 2022 tot en met 21 januari 2023. Van omstandigheden op grond waarvan het, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid

onaanvaardbaar zou zijn de ziektekostenverzekeraar te verplichten aan verzoekster dit PGB vv toe te kennen, is hier niet gebleken.

*Slotsom*

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

(1) de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster:

(a) een PGB vv toe te kennen tot en met 30 november 2021 op basis van de reeds getroffen overgangsregeling;

(b) voor de periode van 1 december 2021 tot en met 20 januari 2022 een PGB vv toe te kennen op basis van - na correctie van de rekenfout - 2 uren Verpleging en 22 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week;

(c) voor de periode van 21 januari 2022 tot en met 21 januari 2023 een PGB vv toe te kennen op basis van 15 minuten Verpleging en 19 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week;

(d) het entreegeld van € 37,- te vergoeden binnen veertien dagen na datum van dit bindend advies;

(2) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 19 juli 2023

H.A.J. Kroon



### **Informatie voor partijen**

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

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

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.10

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

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

## Artikel 2.15a

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

## Artikel 2.15b

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

## Artikel 2.15c

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

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.29a

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

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

#### **Artikel 2.29b**

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

#### **Artikel 2.29c**

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

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