

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, 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 2020
Zaaknummer : 202101374
Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

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

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 juni 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 13 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 15 oktober 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 15 november 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2021040225) uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 november 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting aan het Zorginstituut gestuurd. Op 22 december 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Gemeente-Top. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 18 november 2020 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 23 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2021 tot en met 1 januari 2022.
- 3.3. In het zorgplan - dat deel uitmaakt van de voornoemde aanvraag - heeft de indicierend wijkverpleegkundige, voor zover hier relevant, over verzoekster verklaard:

"(...) Toelichting:

Probleem: zelfzorgtekort tav wassen en kleden

Oorzaak: polyartrose en fibromyalgie met name zere spieren, stijfheid, pijnlijke knieën en rug en schouders, door hypertensie, duizeligheidsklachten, doorgemaakte Covid 19 besmetting. Hierdoor erg weinig energie en vermoeidheidsklachten.

(...)

Doel: gedurende de geïndiceerde periode heeft mw een verzorgd lichaam en mw wordt gestimuleerd gezicht en borst zelf te wassen.

(...)

Persoonlijke hygiëne

7x per week / 0.50 PV (5.50 p/wk)

ochtend:

- mw helpen met uitkleden
- mw helpen met douchen en haren wassen, mw stimuleren zelf gezicht en borst te wassen.
- mw afdrogen
- mw insmeren met bodylotion
- mw helpen met incontinentie materiaal aandoen
- mw helpen met aankleden.
- ondersteunen trap af lopen

Kost meer tijd ivm laag energie niveau van mw, pijnlijke gewrichten, trap op en af, meer tijd.

(...)

Persoonlijke hygiëne

7x per week / 0.35 PV (4.05 p/wk)

- mw helpen met uitkleden
- incontinentie materiaal verschonen en onderdeurtje geven
- mw in de pyjama helpen.
- ondersteunen met trap op lopen.

Kost meer tijd ivm laag energie niveau van mw, pijnlijke gewrichten, trap op en af, meer tijd.

(...)

Toelichting:

Probleem: verminderde mobiliteit bij loopproblemen

Oorzaak: polyartrose, fibromyalgie, polyurie, herstel na Covid 19

Signalen/symptomen: urine incontinentie

(...)

Blaas zorg

6x daags / 0.15 PV (10.30 p/week)

- mw ondersteunen bij/naar toiletgang
- mw helpen met staan en zitten en aan- en uitdoen van de broek (...)"

- 3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in de OMAHA-aanleiding - die tevens deel uitmaakt van de voornoemde aanvraag - over verzoekster verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) Gezondheidsbeleving en instandhouding

17-11-2020: Mw had tot 2015 een indicatie vanuit AWBZ, deze is omgezet naar een PGB /ZVW en eindigt nu na 5 jaar. Mw woont samen met partner, die aan dementie lijdt en zorgbehoevend is. Mw is bekend met gonartrose. Mw heeft veel pijn en bewegingsbeperking in haar knieën en onderrug/heupen. Mw kan niet bukken en moeilijk opstaan en lopen. Mw heeft toenemend last van schouders, kan armen niet heffen, hoger dan elleboog, geeft pijnklachten. Door slijtage aan de polsen draagt mw braces. Dit geeft enigszins steun, maar vermindert pijn niet. Mw is bekend met hoge bloeddruk, ervaart veel duizeligheid en wankel op de been. Mw is bekend met fibromyalgie. Dit uit zich bij mw in chronische pijn in spieren en bindweefsel. Deze pijn gaat samen met stijfheid en vermoeidheid. In sept 2020 is mw opgenomen geweest in [ziekenhuis] ivm Covid 19 besmetting en thoracale pijn heeft. Is hier erg van achteruit gegaan in conditionele zin. Is voortdurend moe, laag energielevel en snel benauwd, kortademig en ervaart druk op de borst. Mw heeft nu erg weinig energie om met fysiotherapie te oefenen. Advies is eerst herstellen na covid besmetting. Kinderen stimuleren mw en lopen een extra rondje in huis. Mocht mw meer energie hebben wordt fysiotherapie weer opgepakt.

(...)

3. Uitscheidingspatroon

17-11-2020: mw is bekend bij uroloog, mw moet vaak plassen, met name in de nacht. Draagt inco materiaal voor de ongelukjes die kunnen gebeuren. Mw heeft last van obstipatie; gebruikt poeders hiervoor.

4. Activiteitenpatroon

17-11-2020: Mw haar energie niveau is laag, loopt met een stok en aan de andere arm ondersteunt door iemand. Mw ligt veel op de bank om uit te rusten, ervaart ook veel hoofdpijn. Mw slaapt boven, gaat 1 x per dag naar beneden; en 1x daags naar boven, om traplopen te beperken. Dit kost mw erg veel energie nu door de doorgemaakte Covid, maar ook door de artrose in knieën en heupen en de chronische pijn van de fibromyalgie.

Aanwezige hulpmiddelen: wandelstok, douchestoel, handgrepen. WMO: 7 uur begeleiding. (...)"

- 3.5. Op 29 december 2020 heeft de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar een e-mail gestuurd aan de indicierend wijkverpleegkundige. De inhoud van deze e-mail luidt: (...)
In de ochtend zorg heeft u het insmeren met bodylotion geïndiceerd. Helaas kunnen wij dat niet toekennen. Alleen het insmeren met door een arts voorgeschreven medische zalf wordt toegekend vanuit het Zvw-PGB.

Ook indiceert u het ondersteunen bij het traplopen 2x daags. Ook die tijd kennen wij niet toe. Hulpmiddelen zoals een traplift of een HL bed in de kamer zijn hier voorliggend. Wij zetten in op zoveel mogelijk eigen regie en zelfstandigheid. Wij zien dit ook als een onveilige zorg situatie.

Het toiletteren van 10 uur en 30 minuten per week, is fors geïndiceerd. U heeft in de ochtend en avond zorg al het verschonen van incontinentie materiaal meegenomen. Het lijkt mij dat toiletteren hier gecombineerd uitgevoerd kan worden. Ook draagt mw. incontinentie materiaal. Dit is in de nacht zo wie zo voorliggend. Het toiletteren, wat ik begrijp met name in de nacht, wordt niet toegekend. Ik vraag mij ook af of er 24 uur hulp in huis is.

Gecombineerd met het incontinentie materiaal en met de ochtend en avond zorg (2x) en 4x overdag, lijkt mij dan afdoende. Mw. heeft dan in totaal 6x per dag de gelegenheid om naar het toilet te gaan. Dat is 4x 15 minuten extra per dag, is 7 uur in de week. U moet bedenken dat een thuiszorgorganisatie ook niet 6x per dag langs gaat om iemand te toiletteren.

U heeft een rekenfoutje gemaakt bij het aanreiken van de medicatie $3 \times 5 \text{ minuten} \times 7 = 105$ minuten per week en niet 145 minuten per week. Hier heeft u 40 minuten teveel geïndiceerd.

Het is jammer dat u aangeeft dat mw. te vermoeid is voor bezoek van een ergotherapeut. Rollator (zn met armschalen), sta op stoel, trippelstoel, beugels in het toilet zouden hier waarschijnlijk ingezet kunnen worden. Het lopen met 1 stok en aan de andere arm begeleiding zou dan zelfstandiger kunnen worden uitgevoerd door mevrouw.

Voor het traplopen op en af ken ik 10 minuten per dag minder toe, is 70 minuten per week. En voor de bodylotion $7 \times 5 \text{ minuten}$ is een mindering van 35 minuten per week. Voor de rekenfout in de medicatie aanreiken is dat een mindering van 40 minuten per week. Voor het toiletteren ken ik 7 uur per week toe. Wat neer komt op een mindering van 3 uur en 30 minuten per week. Totaal: 5 uur en 55 minuten.

De toekenning komt dan uit op 17 uur en 25 minuten per week. (...)"

- 3.6. In reactie op het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar heeft de indicierend wijkverpleegkundige op 30 december 2020 per e-mail verklaard:

"(...) Uw verhaal is duidelijk. Echter heb ik enkele opmerkingen. Ik vind het erg jammer dat u geen rekening houdt met de restverschijnselen na Covid 19 besmetting, wat mw. zeer uitgeput heeft. Alle zorg die mw. behoeft kost haar nu extra veel moeite. Zo ook het trap lopen, waarbij nu ondersteuning nodig is, ivm valgevaar, in de hoop dat dat de komende tijd door herstel minder noodzakelijk is.

Toiletgang krijgt mw op dit moment wel deze ondersteuning voor van familie, 6x daags. Mw is wel continent, soms niet op tijd op toilet doordat mw vaak moet plassen en snel aandrang heeft. Mw is bekend bij uroloog hiervoor. Is moeilijk om dan maar in de nacht in incomateriaal te plassen.

Volgens mij maakt u nu ook een rekenfout tav de medicatie. $3 \times 5 \times 7 = 105$ minuten per week en dat is 1 uur en 45 minuten. Ik heb nergens genoteerd 145 minuten.

Inderdaad heb ik familie wel geattendeerd op fysiotherapie te starten, zodra mw daar weer een beetje de energie voor heeft na Covid 19 besmetting. Ergotherapie mogelijk nog een goede aanvulling op deze situatie. (...)"

- 3.7. Op 30 december 2020 heeft de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar op het voornoemde e-mailbericht gereageerd en verklaard:
 "(...) Ik zie het, ik heb zelf 1 uur 45 gezien als 145 minuten. Excuus hiervoor. Goed dat u het ziet. Ik ga die tijd wel toekennen.

Het traplopen kennen wij zo wie zo nooit toe. Als mw. zo vermoeid is, zou er ook tijdelijk voor een bed in de kamer kunnen worden gekozen.

U geeft verder geen antwoord op mijn vraag of er 's nachts zorg aanwezig is. Met name ook omdat u in uw anamnese schrijft dat het vele plassen vaak 's nacht plaats vindt. Een thuiszorgorganisatie zal ook geen nachtzorg geven als het alleen om toiletteren gaat. Hoe vervelend ook dat zal dan met hulpmiddelen moeten worden opgelost. Zoals incontinentiemateriaal of een po-stoel naast het bed. Het staat mensen vrij om niet te kiezen voor hulpmiddelen. Maar dat betekent niet we dan gaan vergoeden vanuit de Zvw.

Ik begrijp dat mw. in verband met de corona tijdelijk wat vermoeider is. U indiceert dit wel voor een heel jaar. Het lijkt mij dat er in zo'n ziekte periode ook meer zorg door het netwerk kan worden ingezet.

Daarnaast zijn de toilettijden die u heeft geïndiceerd de normale richt tijden. Van die tijd heb ik dan ook niets afgehaald.

Als ik de zorgsituatie zo lees, had mw. al onvoldoende hulpmiddelen en wordt de zorg meer overgenomen dan dat er wordt gekeken naar zorgen dat mw. nog zoveel mogelijk zelfstandig kan functioneren. Ik beoordeel ook naar aanleiding van de richtlijnen van de V&VN.

Met de medicatie erbij komt de toekenning dan op 18 uur en 5 minuten persoonlijke verzorging per week. (...)"

- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 december 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 18 uren en 5 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021.
- 3.9. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 30 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.10. Op 15 november 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies het volgende verklaard:
 "(...) Indicatie

Voor wat betreft de zorg die in geschil is, met betrekking tot de toiletgang, dient het volgende te worden opgemerkt. Verweerder heeft een deel van de geïndiceerde zorg met betrekking tot de toiletgang toegekend. Hiermee erkent verweerder dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan voor geschillen over een PGB vv slechts beoordelen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan niet beoordelen hoeveel uren zorg geïndiceerd zouden moeten worden.

Met betrekking tot de zorg die geïndiceerd is voor de transfers, hieronder valt de trap op en af gaan, kan het volgende worden opgemerkt. Het traplopen zou als doel hebben om te voorkomen dat verzoekster er fysiek verderop achteruitgaat. Dit is geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Daarnaast ontbreekt de geneeskundige context van deze zorg.

Vragen SKGZ

Naast de beoordeling van het geschil heeft de SKGZ het Zorginstituut gevraagd om twee vragen te beantwoorden. De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich echter tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of vergoeding op grond van de basisverzekering. De twee vragen hebben hier geen betrekking op. Het is aan de beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN) om de indicatiestelling vorm te geven. Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van de vragen het volgende op.

Is de indicierend wijkverpleegkundige gehouden een indicatie op zodanige wijze te stellen dat er per handeling (of per subonderdeel) is vermeld hoeveel tijd hiermee is gemoeid?

Het lijkt niet wenselijk om voor ieder subonderdeel tot achter de komma te beschrijven hoeveel minuten er precies gemoeid zijn met het uitvoeren van iedere handeling. Daarnaast is het wel noodzakelijk om een tijdsinschatting te maken om te kunnen vaststellen hoeveel uren zorg er moeten worden toegekend. Mocht het voor een zorgverzekeraar niet duidelijk zijn waarom er een bepaalde hoeveelheid tijd is geïndiceerd voor een handeling dan kan hij contact opnemen met de verpleegkundige die de indicatie stelt voor een nadere onderbouwing.

Kan en mag de zorgverzekeraar op basis van 'reële en minimale tijden' bepalen hoeveel tijd er met iedere handeling gemoeid gaat? Of is het aan de indicierend wijkverpleegkundige te onderbouwen hoeveel tijd er met iedere handeling gemoeid gaat en kan dit van geval tot geval verschillen?

Nee dat kan en mag niet, dit is inderdaad aan de indicierend verpleegkundige. Mocht het voor de zorgverzekeraar niet navolgbaar zijn dan kan hij aan de indicierend verpleegkundige vragen om een nadere onderbouwing.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel uren zorg met betrekking tot de toiletgang verzoekster aanspraak kan maken. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. Met betrekking tot de transfers, hieronder valt de trap op en afgaan, kan worden opgemerkt dat dit in deze situatie geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, daarnaast ontbreekt de geneeskundige context. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar alsnog een PGB vv toe te kennen met ingang van 1 januari 2021 voor de geïndiceerde zorg voor hulp bij de toiletgang / incontinentiemateriaal en voor hulp bij het traplopen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan haar moet voldoen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aan haar ten onrechte geen PGB vv heeft toegekend voor de zorg die is geïndiceerd voor de ondersteuning bij het traplopen. Verzoekster is aangewezen op deze ondersteuning, vanwege haar fysieke beperkingen, te weten haar pijnklachten, haar vermoeidheid en duizeligheid, en de daarmee samenhangende beperkte mobiliteit. Als zij deze ondersteuning niet krijgt, is sprake van valgevaar. De geïndiceerde zorg hangt dus samen met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Bovendien blijkt uit de toepasselijke jurisprudentie dat het primair aan de indicatiesteller (i.c. de indicierend wijkverpleegkundige) is te beoordelen op welke zorg een verzekerde is aangewezen en dat deze de geneeskundige context hiervan dient te onderbouwen. Deze indicatie heeft als uitgangspunt te gelden bij de beoordeling door de ziektekostenverzekeraar. Uit de jurisprudentie blijkt verder dat als de ziektekostenverzekeraar twijfels heeft over de indicatie hij hierover contact dient op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige, waarbij de ziektekostenverzekeraar gerichte vragen dient te stellen of duidelijk dient te maken waarom de door de wijkverpleegkundige gegeven toelichting niet voldeed. Niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijk gesprek met gerichte vragen met de indicierend wijkverpleegkundige heeft gevoerd. Het is in elk geval voor verzoekster volstrekt onduidelijk waarom de indicierend wijkverpleegkundige de twijfels van de ziektekostenverzekeraar over de geneeskundige context niet heeft kunnen wegnemen. Er is geen gespreksverslag van het overleg met de wijkverpleegkundige verstrekt. In haar verzoek tot heroverweging heeft verzoekster aangegeven dat de indicierend wijkverpleegkundige alleen instemt met een verlaging van de geïndiceerde tijd voor het insmeren met bodylotion en dus niet met de overige in mindering gebrachte tijd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een traplift in de situatie van verzoekster een voorliggende voorziening is op het PGB vv. Het is evenwel aan de indicierend wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling na te gaan welke hulpmiddelen eventueel kunnen worden ingezet. Daarbij wordt gekeken naar de specifieke medische en persoonlijke situatie van de verzekerde. De wijkverpleegkundige heeft weliswaar de optie van een traplift genoemd, maar desondanks thans tijd voor de ondersteuning bij het traplopen geïndiceerd. Dit ligt ook alleszins voor de hand, gelet op het feit dat de fysieke conditie van verzoekster mede door haar coronabesmetting sterk is achteruit gegaan en het uitdrukkelijke advies van de betrokken artsen aan verzoekster om in beweging te blijven. Verzoekster verwijst in dit verband naar de verklaring van haar huisarts van 22 juni 2021, waarin is vermeld dat een traplift in haar situatie niet aan de orde is. Gelet op het voorgaande mocht de ziektekostenverzekeraar op dit onderdeel niet van de indicatie afwijken.
- 6.3. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen PGB vv heeft toegekend voor de zorg die is geïndiceerd voor ondersteuning bij de toiletgang. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de zorg niet doelmatig zijn, omdat deze kan worden gecombineerd met andere zorghandelingen. Verzoekster heeft gemotiveerd betwist dat hierdoor minder tijd of zelfs geen tijd meer nodig is voor de geïndiceerde zorg. Hierop is de ziektekostenverzekeraar echter niet in gegaan. Voorts wijst verzoekster erop dat er geen normtijden gelden voor persoonlijke verzorging en dat het aan de indicierend wijkverpleegkundige is te beoordelen welke zorg nodig is en hoeveel tijd hiermee gemoeid gaat. Ook hier geldt dat de ziektekostenverzekeraar slechts van de indicatie mag afwijken als deze voor hem niet navolgbaar is en dat hij in andere gevallen contact dient op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige.

Verder blijkt uit de toepasselijke jurisprudentie expliciet dat de ziektekostenverzekeraar niet van de indicatie mag afwijken louter vanwege de omvang of uit het oogpunt van 'doelmatige zorg'. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar ook op dit onderdeel aan de gestelde indicatie is gebonden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij geen PGB vv heeft toegekend voor de zorg die is geïndiceerd voor het insmeren van de huid met bodylotion (35 minuten per week). Hierover heeft contact plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige die hierop heeft ingestemd met de verlaging van de indicatie op dit punt. Tijdens de klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat verzoekster zich hierin kan vinden, zodat dit geen onderwerp is van geschil.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat zes keer per dag hulp bij de toiletgang is geïndiceerd en twee keer per dag hulp bij het verschonen van incontinentiemateriaal tijdens de ADL zorg in de ochtend en avond. Volgens de ziektekostenverzekeraar kunnen deze handelingen gecombineerd worden uitgevoerd en is het niet doelmatig voor beide handelingen apart tijd toe te kennen. In dit verband verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 5.7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging'. Om die reden is twee keer 15 minuten per dag, te weten voor hulp bij de toiletgang in de ochtend en de avond, geen PGB vv toegekend. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat verzoekster dan nog steeds zesmaal daags wordt ondersteund bij de toiletgang, hetgeen volgens hem afdoende zou moeten zijn.
- Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat geen PGB vv is toegekend voor de zorg die is geïndiceerd voor de ondersteuning bij het traplopen (70 minuten per week). Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Voorts geldt dat een traplift een voorliggende voorziening is op persoonlijke verzorging en dat verzoekster hiermee op een veilige(re) manier de trap op en af kan komen. De optie van de traplift is door de indicierend wijkverpleegkundige expliciet in de aanvraag vermeld.
- Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat hij niet is gehouden het aangevraagde PGB vv toe te kennen voor de hiervoor genoemde zorghandelingen.

Beoordeling van het geschil

- 6.5. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot (gedeeltelijke) afwijzing van haar aanvraag tot toekenning van een PGB vv.
- 6.6. 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 de verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 6.7. Het beslissingskader dat de commissie in PGB-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 kind- of 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, waarna een nader mondeling overleg plaatsvindt tussen beiden. De verpleegkundige krijgt vervolgens 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 verzekeraar en 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.

- 6.8. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor in 6.7. 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 (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 van verzoekster om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.9. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster recht heeft op een PGB vv en daarmee voldoet aan de voorwaarden die hieraan zijn gesteld in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Zij verschillen wel van mening over de hoogte van het toegekende PGB vv. In dit verband overweegt de commissie het volgende.
- 6.10. De ziektekostenverzekeraar heeft geen PGB vv toegekend voor (i) ondersteuning bij het insmeren van de huid met bodylotion (35 minuten per week), (ii) incontinentiezorg/toiletzorg tijdens de algemene dagelijkse levensverrichtingen in de ochtend en de avond (3 uren en 30 minuten per week) en (iii) ondersteuning bij het traplopen (70 minuten per week). De onder (i) bedoelde zorg is geen onderwerp van geschil tussen partijen.
- 6.11. Ten aanzien van de zorg die is geïndiceerd voor het verschonen van het incontinentiemateriaal en de hulp bij de toiletgang merkt de commissie op dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoekster hierop redelijkerwijs is aangewezen en dat hiervoor tevens een PGB vv moet worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar is echter van mening dat voor deze zorg meer tijd is geïndiceerd dan noodzakelijk is. In dit verband heeft hij opgemerkt dat het verschonen van incontinentiemateriaal kan worden gecombineerd met hulp bij het aan- en uitkleden en wassen in de ochtend en avond en de toiletgang, zodat voor dit laatste geen extra tijd hoeft te worden geïndiceerd.
Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal, een voorliggende voorziening zijn op persoonlijke verzorging met name voor hulp bij de toiletgang 's nachts. De ziektekostenverzekeraar meent dan ook dat verzoekster redelijkerwijs moet kunnen uitkomen met zorg gericht op hulp bij de toiletgang en het verschonen van incontinentiemateriaal in de ochtend en avond en viermaal (in plaats van de geïndiceerde zesmaal) ondersteuning bij de toiletgang gedurende de dag (4x 15 min). Waar het de gevolgde procedure betreft, geldt dat uit de e-mailwisseling tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige van 29 en 30 december 2020 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar geen gerichte vragen heeft gesteld, maar wel zijn bevindingen heeft voorgelegd aan de indicierend wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige

heeft hierop een reactie gestuurd. Daaruit valt niet af te leiden dat zij akkoord is gegaan met de verlaging van het PGB vv op dit onderdeel. Zij heeft echter evenmin de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar over het combineren van zorg gemotiveerd weerlegd in haar reactie. Zij heeft slechts aangegeven dat verzoekster in de praktijk de toiletondersteuning zes maal per dag krijgt. Voorts merkt zij op dat verzoekster wel continent is, maar soms niet op tijd op het toilet is en dat het voor haar moeilijk is om dan 's nachts maar in incontinentiemateriaal te plassen. Dat verzoekster niet kan uitkomen met incontinentiemateriaal volgt hier niet uit. Het voorgaande leidt dan ook tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid mocht afwijken van de gestelde indicatie op dit onderdeel.

Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, kan niet leiden tot een ander oordeel. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige de gestelde indicatie te onderbouwen en hierop, indien zij daartoe in de gelegenheid wordt gesteld, een toelichting te geven aan de ziektekostenverzekeraar.

Tevens mag van haar worden verwacht dat zij de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd weerlegt, voor zover zij zich hierin niet kan vinden.

- 6.12. Met betrekking tot de ondersteuning bij het traplopen heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies van 15 november 2021 opgemerkt dat dit met name tot doel lijkt te hebben ervoor te zorgen dat verzoekster er fysiek niet verder op achteruit gaat. In die situatie is geen sprake van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden noch van een geneeskundige context. De commissie kan het Zorginstituut hierin volgen. De commissie merkt op dat de indicierend wijkverpleegkundige in haar e-mail van 30 december 2020 aan de ziektekostenverzekeraar nog heeft verklaard dat vanwege de restverschijnselen na haar Covid-19 besmetting verzoekster zeer uitgeput is en alles haar extra moeite kost, ook het traplopen, waardoor deze zorg nu is aangewezen in verband met valgevaar. De indicierend wijkverpleegkundige is daarbij echter niet gemotiveerd ingegaan op de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat een traplift of plaatsing van een hoog-laagbed in de woonkamer voorliggend zijn op deze vorm van persoonlijke verzorging. De ziektekostenverzekeraar hoefde (ook) om die reden voor deze zorg geen PGB vv toe te kennen en heeft dit onderdeel van de aanvraag daarom terecht afgewezen.

- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 december 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).

- u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.

- voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Heeft u medisch noodzakelijk verblijf in een instelling nodig in combinatie met extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg? Dan moet u voor de start van het verblijf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Bij de aanvraag moeten de volgende gegevens vermeld en bijgevoegd worden:

- de verwijsbrief;
- een onderbouwing van de medische noodzaak van het verblijf;
- de verwachte verblijfsduur.

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

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.3 en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg of een helpende niveau 2 mits in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;

- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

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

Heb ik een verwijzing nodig?

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan gemiddeld twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging** bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

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

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

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

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

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

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

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

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 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 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.

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.