

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202201576

Partijen

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

en

ASR Basis Ziektekostenverzekering N.V. te Amersfoort, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is aan haar een PGB-vv te verstrekken op basis van 19 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
De zorgverzekeraar heeft gesteld dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd en dat de maximale zelfredzaamheid van verzoekster nog niet is bereikt. Daarnaast is de situatie van verzoekster niet stabiel, waardoor onvoldoende zicht is op het langdurig aangewezen zijn op de aangevraagde Persoonlijke Verzorging.
- 1.2. De commissie overweegt dat de zorgverzekeraar geen zorgvuldige procedure heeft gevolgd bij de beoordeling van de aanvraag PGB-vv. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de aanvraag contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde telefoonnotities blijkt niet dat er is gesproken over de inhoud van de indicatie, waarbij de wijkverpleegkundige in de gelegenheid is gesteld de geneeskundige context nader te onderbouwen. Ook blijkt niet van een akkoord van de wijkverpleegkundige tot afwijzing van de aanvraag. Het is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar de zorgverzekeraar te verplichten alsnog een PGB-vv op basis van 19 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week aan verzoekster toe te kennen.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 juli 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 7 september 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 september 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023038031) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum 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 zorgverzekeraar zijn op 8 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover 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 13 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 16 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Vrije keuze (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op 12 april 2022 heeft de indicierend wijkverpleegkundige namens verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB-vv op basis van 19 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week, voor de periode van 12 april 2022 tot en met 12 april 2023.
- 3.3. Bij brief van 1 juni 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij niet in aanmerking komt voor het aangevraagde een PGB-vv.
- 3.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 9 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 11 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 16 november 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 zorgverzekeraar de aanvraag van 12 april 2022 voor een PGB vv op basis van 19 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week alsnog dient goed te keuren.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar brief van 3 februari 2023, dat de indicierend wijkverpleegkundige de aanvraag heeft onderbouwd en de gestelde indicatie niet heeft ingetrokken.

Verzoekster heeft tot het maximaal haalbare gewerkt aan haar zelfredzaamheid en is van oordeel dat er geen verbeteringen zijn te behalen. De behandelend cardioloog heeft expliciet en gemotiveerd verklaard dat het door de zorgverzekeraar voorgestelde traject van revalidatie ter

bevordering van de zelfredzaamheid sterk wordt ontraden. De behandelend internist heeft, in de brief van 24 april 2022, daarnaast verklaard dat verzoekster niet in aanmerking komt voor een multidisciplinaire behandeling omdat de verwachting is dat dit traject te zwaar voor haar is.

Verzoekster stelt voorts dat de geneeskundige context voldoende blijkt uit de overgelegde medische informatie en de onderbouwing hiervan door de indicierend wijkverpleegkundige.

- 4.3. In aanvulling hierop heeft verzoekster op 26 juli 2023 aangevoerd dat de communicatie tussen de indicierend wijkverpleegkundige en de zorgverzekeraar telefonisch heeft plaatsgevonden. Dit contact is niet schriftelijk vastgelegd, waardoor de afwijzende beslissing gelet op eerdere bindende adviezen van de commissie, niet in stand kan blijven.

Inmiddels is ten behoeve van verzoekster een aanvraag gedaan vanuit de Wet langdurige Zorg. Deze aanvraag is afgewezen en tegen dit besluit is bezwaar gemaakt. Verzoekster heeft een overzicht van de doorverwijzingen en de contacten met de diverse medisch specialisten overgelegd. Zij concludeert dat de diagnoses van de Vermoeidheidskliniek en Stichting Cardiozorg niet in het medisch dossier van de huisartsenpraktijk zijn terechtgekomen en dat zij door de huisarts is doorverwezen zonder dat deze de gestelde diagnoses met haar heeft besproken. Door gebrekkige registratie en het ontkennen van gediagnosticeerde ziektebeelden geeft de huisartsenpraktijk een onbetrouwbaar beeld. Dit brengt verzoekster en haar familie in een stressvolle situatie omdat de gestelde diagnoses niet serieus lijken te worden genomen. Dit komt niet ten goede aan het ziektebeeld en verslechtert haar situatie. Eerder genoemde diagnoses zijn overigens gesteld volgens de geldende richtlijnen. Behandelingen bij verzoekster in deze fase van haar ziekte kunnen volgens Stichting Cardiozorg zelfs schade toebrengen.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat inmiddels door een andere zorgverzekeraar een PGB-vv is verleend. Hiermee is vast komen te staan dat de zorg tenminste 1 jaar of langer nodig is.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor toekenning van een PGB-vv. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in de brief van 14 maart 2023 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen dat de geneeskundige context voor de geïndiceerde zorg onvoldoende te herleiden is. De diagnoses, gesteld door de behandelend medisch specialisten geven onvoldoende onderbouwing van de zorgbehoefte. De indicierend verpleegkundige moet in het zorgplan onderbouwen welke zorg wordt verleend, met welk doel en in verband met welk geneeskundig risico.
- 5.2. Daarnaast is de maximaal mogelijke zelfredzaamheid nog niet bereikt en is de situatie van verzoekster niet stabiel waardoor onvoldoende zicht is op het langdurig aangewezen zijn op de aangevraagde Persoonlijke Verzorging. Met betrekking tot de maximale zelfredzaamheid wijst de zorgverzekeraar op het schrijven van de Vermoeidheidskliniek van 24 april 2022 waarin wordt aanbevolen om een multidisciplinaire behandeling te starten. Dit betekent volgens de zorgverzekeraar dat er ruimte is voor verbetering van de zelfredzaamheid, waardoor het onduidelijk is dat verzoekster meer dan één jaar op verpleging en verzorging zal zijn aangewezen. Daar komt bij dat het PGB-vv mede lijkt te worden aangevraagd vanwege de gevolgen van een Corona-besmetting. Het is echter onduidelijk of de effecten daarvan ook na een jaar nog aanwezig zijn.
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt verder dat er diverse keren contact is geweest met de indicierend wijkverpleegkundige. Laatstgenoemde heeft te kennen gegeven zich te kunnen vinden in de

bevindingen van de zorgverzekeraar. In de brief van 5 april 2023 heeft de zorgverzekeraar, in aanvulling hierop, opgemerkt dat nergens uit blijkt dat de indicierend wijkverpleegkunde zich verzet tegen zijn conclusies. Zij heeft enkel aangegeven, in het e-mailbericht van 27 juni 2022, dat zij het deels oneens is met het besluit wat betreft de zorg in de nacht. Bij het nader commentaar van 7 september 2023 heeft de zorgverzekeraar de gespreksregistraties van het contact met de indicierend wijkverpleegkundige overgelegd, waaruit volgens de zorgverzekeraar blijkt dat zij het eens was met het voornemen de aanvraag voor het PGB-vv af te wijzen.

- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop herhaald dat de belangrijkste reden voor de afwijzing is dat de medische context niet is onderbouwd. Dit wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut. De zorgverzekeraar erkent dat er geen correspondentie is waarin het telefonisch overleg met de indicierend wijkverpleegkundige is vastgelegd. Ook is er geen verslaglegging dat zij akkoord is gegaan met de voorgenomen afwijzing. In het telefonisch contact met de wijkverpleegkundige is in eerste instantie de vraag opgeworpen of de zorg wel middels een PBG ingekocht zou moeten worden of dat zorg in natura beter passend zou zijn. Dit is niet de grondslag van de uiteindelijke afwijzing. De indicierend wijkverpleegkundige is niet onder druk gezet om akkoord te gaan met de afwijzing.
- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar 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 11 oktober 2023 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 16 november 2023) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Adviestaak Zorginstituut

Het behoort niet tot de adviestaak van het Zorginstituut om vast te stellen of de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de afwijzing van de indicatie of te beoordelen of een verzekerde langdurig op de geïndiceerde zorg is aangewezen. Dit wordt dan ook verder buiten beschouwing gelaten in het advies.

Beoordeling geneeskundige context

Het dossier bevat een PGB vv aanvraag en een zorgplan. Daarnaast bevat het dossier brieven van diverse medisch specialisten bij wie verzoekster onder behandeling is geweest in het verleden.

Op basis van de PGB vv aanvraag en het zorgplan is onduidelijk of sprake is van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Het aanwezig zijn van een of meerdere diagnoses betekent niet per definitie dat er voor de geïndiceerde zorg ook sprake is van een geneeskundige context. Het is aan de indicierend verpleegkundige om in het zorgplan te onderbouwen welke zorg er wordt verleend, met welk doel en in verband met welk geneeskundig risico. Deze onderbouwing ontbreekt echter.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet vastgesteld worden dat sprake is van een geneeskundige context. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

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.

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

8. **Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 18.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het 'Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze'. Een verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 8.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
 - a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 8.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.5. Door verzoekster is erop gewezen dat de contacten met de indicierend wijkverpleegkundige telefonisch hebben plaatsgevonden en dat hiermee is gehandeld in strijd met de procedurele zorgvuldigheid. De aanvraag voor het PGB vv ten behoeve van verzoekster werd daarom ten onrechte afgewezen. De zorgverzekeraar heeft dit laatste bestreden, onder verwijzing naar een e-mailbericht van de indicierend wijkverpleegkundige en de door hem gemaakte gespreksnotities. Hieruit zou de instemming met het voornemen tot afwijzing van de aanvraag blijken. De commissie overweegt dat uit de notities van de gesprekken tussen de zorgverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige blijkt dat er telefonisch contact is geweest. De zorgverzekeraar heeft van deze gesprekken aantekeningen gemaakt. Uit de gespreksnotities valt niet af te leiden dat met de indicierend wijkverpleegkundige is gesproken over de inhoud van de door haar gestelde indicatie. Ook blijkt niet van een akkoord van de indicierend wijkverpleegkundige op de voorgenomen afwijzing van de aanvraag. De gespreksnotities zien enkel op de vraag of in de situatie van verzoekster een PGB-vv of zorg in natura passend is. Van de telefoongesprekken zijn aantekeningen gemaakt, maar deze zijn niet gedeeld met de indicierend wijkverpleegkundige. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hierdoor niet kunnen reageren op mogelijke onjuistheden en

daarbij ook niet de mogelijkheid gekregen om binnen een redelijke termijn de gestelde indicatie waar nodig aan te passen en eventueel ontbrekende (medische) informatie aan te vullen. De zorgverzekeraar heeft op basis van zijn interpretatie van de gesprekken met de indicierend wijkverpleegkundige de aanvraag bij brief van 1 juni 2022 afgewezen. De commissie overweegt dat hiermee niet de procedurele zorgvuldigheid door de zorgverzekeraar in acht is genomen.

- 8.6. Zoals hiervoor is overwogen, leidt dit ertoe dat het verzoek moet worden toegewezen, tenzij die uitkomst naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit laatste is niet het geval. Hoewel ook het Zorginstituut stelt dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd in de aanvraag, acht de commissie het feit dat de indicierend wijkverpleegkundige niet in de gelegenheid is gesteld haar aanvraag nader te onderbouwen hierbij van doorslaggevend belang. Daarom is de zorgverzekeraar gehouden aan verzoekster alsnog een PGB-vv te verstrekken conform de gestelde indicatie op basis van 19 uur en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode 12 april 2022 tot en met 12 april 2023.

Slotom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de zorgverzekeraar gehouden is verzoekster alsnog een PGB-vv te verstrekken conform de gestelde indicatie op basis van 19 uur en 50 minuten voor de periode van 12 april 2022 tot en met 12 april 2023;
 - (ii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van €37,- moet vergoeden.

Zeist, 7 december 2023

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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

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