



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), beheer
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15 c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv
Zaaknummer : 202002370
Zittingsdatum : 6 oktober 2021




Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. A.I.M. van Mierlo, drs. J.W. Heringa en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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



tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 16 april 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 27 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.



2.2. De zorgverzekeraar heeft op 15 juli 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie hiervan is op 16 juli 2021 aan verzoeker gezonden.



2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 oktober 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten



3.1. Verzoeker was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering).



3.2. Verzoeker heeft van 22 februari 2019 tot en met 24 april 2019 en in de maanden augustus en september 2019 gedurende veertien dagen in detentie gezeten. Hij heeft over deze twee detentieperiodes zorg gedeclareerd uit zijn persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (verder: PGB vv). De zorgverzekeraar heeft op 16 mei 2019, na ontvangst van de melding van de eerste detentieperiode, per brief aan verzoeker meegedeeld de uitgekeerde vergoedingen over de eerste detentieperiode terug te vorderen.



3.3. Verzoeker ontvangt sinds 2005 een persoonsgebonden budget. In verband met het aflopen van zijn PGB vv heeft verzoeker eind 2019 een nieuwe indicatie voor verpleging en verzorging laten stellen. De indicatie kwam uit op 7 uren Persoonlijke Verzorging per week en deze is gesteld voor de periode van 19 december 2019 tot en met 4 januari 2021. Vervolgens is ten behoeve van verzoeker bij de zorgverzekeraar een nieuwe aanvraag gedaan voor een PGB vv.



3.4. De zorgverzekeraar heeft op 6 december 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op een PGB vv.



3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar op 22 januari 2020 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 6 februari 2020 heeft een bewust-keuzegesprek plaatsgevonden op het kantoor van de zorgverzekeraar. Dezelfde dag heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.





4. Geschil



4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden:

- (i) het aangevraagde PGB vv alsnog aan hem toe te kennen, en
- (ii) de proceskosten aan hem te vergoeden.



4.2. De zorgverzekeraar 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 A17 van de 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 verzoeker



6.2. Verzoeker heeft een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Een opmerking zoals hij heeft gemaakt tijdens het bewust-keuzegesprek, te weten dat hij geen notie zou hebben van wat er in het reglement van de zorgverzekeraar staat, moet daarom met een korreltje zout worden genomen. Verzoeker heeft geen zorg ontvangen tijdens zijn tweede detentieperiode van veertien dagen. In augustus 2019 heeft hij om die reden ook maar de helft van de uren waarop hij aanspraak heeft gedeclareerd.

Het is verzoeker niet duidelijk waarom degene die hem helpt bij de administratieve taken deze taken niet als zijn vertegenwoordiger zou mogen uitvoeren. Mocht de zorgverzekeraar hiervoor een goede reden hebben, dan zal hij een andere vertegenwoordiger vragen de desbetreffende taken over te nemen. Verzoeker is voorts uiteraard bereid de betalingen giraal te laten plaatsvinden.



Uit de zorgplicht zoals neergelegd in artikel 11 Zvw blijkt dat de zorgverzekeraar jegens een verzekerde steeds een evenredige belangenafweging moet maken. Verzoeker wijst in dit verband op bindend advies met zaaknummer 201403122. Hij snapt het belang van de bepalingen uit het reglement van de zorgverzekeraar en zal deze in de toekomst tot op de letter navolgen. Een minder ingrijpende maatregel, zoals verscherpt toezicht, is volgens hem meer aangewezen dan weigering van het PGB vv.



Het is vanwege de PTSS van groot belang dat verzoeker zelf zijn zorgverlener kan kiezen. Hij kan niet uit met zorg in natura, zoals het verleden heeft uitgewezen. De twee zorgaanbieders waarbij verzoeker in het verleden zorg in natura heeft afgenomen waren vanwege zijn antisociale persoonlijkheidsstoornis en PTSS genoodzaakt de zorg te staken.



Standpunt zorgverzekeraar



6.3. Verzoeker heeft geen aanspraak op een PGB vv, omdat sprake is van de situatie zoals bedoeld in artikel 4, onderdeel c, van het 'Pgb reglement'. Hij is bij de vorige verstrekking van het PGB vv niet in staat gebleken te voldoen aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen. In de eerste plaats heeft verzoeker zorg uit het PGB vv gedeclareerd over de twee periodes in 2019 waarin hij in detentie heeft gezeten. Op zichzelf vormt de declaratie over de tweede detentieperiode niet direct aanleiding de aanvraag voor een PGB vv af te wijzen, omdat hij over de maand augustus maar de helft van het aantal uren heeft gedeclareerd, zodat verzoeker niet méér heeft gedeclareerd dan waarop hij recht heeft. Het baart de zorgverzekeraar echter wel zorgen en roept bij hem de vraag

op of verzoeker in staat is aan de op hem rustende verplichtingen te voldoen. De zorgverzekeraar heeft verzoeker immers op 16 mei 2019 reeds per brief kenbaar gemaakt dat hij niet mag declareren over periodes waarin hij in detentie zit. In de tweede plaats heeft verzoeker tijdens het bewust-keuzegesprek op 6 februari 2020 toegelicht dat een medebewoonster de administratieve zaken voor hem afhandelt. Het is niet gebleken dat deze medebewoonster een vertegenwoordiger is zoals bedoeld in artikel 3.2 van het 'Pgb reglement'. De medebewoonster van verzoeker mag daarom niet optreden als zijn vertegenwoordiger. In de derde plaats blijkt uit de betaalbewijzen die verzoeker tijdens het bewust-keuzegesprek bij zich had, dat hij zijn zorgverlener(s) contant heeft betaald. Dit is niet toegestaan, zoals blijkt uit artikel 8, onderdeel d, van het 'Pgb reglement' van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft verzoeker tijdens een huisbezoek op 26 januari 2018 al meegedeeld dat contante betalingen niet zijn toegestaan.

Overwegingen commissie

- 6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor verpleging en verzorging, zijnde zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden, waarbij deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Onder voorwaarden geeft de zorgverzekering aanspraak op financiering van verpleging en verzorging in de vorm van een PGB vv. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of bij verzoeker sprake is van de weigeringsgrond voor het PGB vv zoals bedoeld in artikel 4, onderdeel c, van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar (verder: het reglement). Deze weigeringsgrond is aan de orde als de verzekerde bij een eerdere verstrekking van een PGB vv niet in staat is gebleken op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen te voldoen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 6.5. Door de zorgverzekeraar is in dit verband gesteld dat verzoeker zijn zorgverlener(s) contant heeft betaald. Dit is door verzoeker niet betwist en wordt daarom als vaststaand aangenomen. Deze handelwijze is op grond van artikel 8, onderdeel d, van het reglement van de zorgverzekeraar niet toegestaan. In dit artikel is bepaald dat verzekerden hun zorgverlener(s) giraal moeten betalen. De contante betaling door verzoeker klemt te meer, nu de zorgverzekeraar onbestreden naar voren heeft gebracht dat hij hem al eerder erop heeft gewezen dat dit niet is toegestaan. Ondanks dat op het aanvraagformulier door verzoeker geen melding is gemaakt van een vertegenwoordiger, is naar voren gekomen dat verzoeker zich bij de administratieve taken in het kader van zijn PGB vv laat bijstaan door een medebewoonster. Degenen die de verzekerde als vertegenwoordiger mogen helpen bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen verbonden aan een PGB vv zijn in artikel 3.2 van het reglement van de zorgverzekeraar beperkt tot diens curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner, bloedverwant in de eerste of tweede graad of aanverwant in de eerste of tweede graad. Gesteld noch gebleken is dat degene die verzoeker helpt bij de administratie van zijn PGB vv behoort tot voornoemde kring van vertegenwoordigers.
- 6.6. De vraag van verzoeker waarom er een beperking is van de kring van personen die als vertegenwoordiger kunnen optreden, is niet relevant. Zeker nu artikel 3.2 van het reglement van de zorgverzekeraar, het artikel waarin de kring van personen die als vertegenwoordiger kunnen optreden, is opgenomen, is gebaseerd op artikel 2.29c, eerste lid, Rzv. De door verzoeker beloofde beterschap ten aanzien van de naleving van het reglement doet evenmin nog ter zake. Verzoeker kende de voorwaarden waaronder het PGB vv werd verstrekt, althans hij had deze kunnen en behoren te kennen. Ondanks de door de zorgverzekeraar afgegeven waarschuwingen is hij doorgegaan met het contant betalen van zijn zorgverlener(s) en het declareren over een detentieperiode. Voor zover verzoeker meent dat het bepaalde in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw de zorgverzekeraar verplicht een evenredige belangenafweging te maken, geeft dit blijk van een onjuiste lezing van het artikel. Evenmin volgt een dergelijke verplichting uit het bindend advies waarnaar verzoeker heeft verwezen. In overweging 9.3 van dit bindend advies is in dit verband overwogen: *"Zoals hiervóór is overwogen, is verzoekster contractueel gebonden aan het reglement en kan hetgeen hierin is opgenomen met betrekking tot de vergoeding haar worden tegengeworpen."*

- 6.7. Door de zorgverzekeraar is voorts gesteld, en door verzoeker is niet betwist, dat hij zorg heeft gedeclareerd uit zijn PGB vv over twee periodes in 2019 waarin hij in detentie zat. Hierbij is weliswaar aangetekend dat met betrekking tot de tweede detentieperiode per saldo niet te veel uren zijn gedeclareerd, maar de opstelling van verzoeker in dezen is voor de ziektekostenverzekeraar terecht aanleiding voor zorgen over de vraag of hij in staat is zijn PGB vv te beheren. Er bestaat geen aanspraak op een PGB vv als de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen. Dit blijkt uit artikel 9.1, onderdeel f, van het reglement van de zorgverzekeraar. Over de periodes waarin verzoeker in detentie zat, mocht daarom geen zorg uit het PGB vv worden gedeclareerd. Ondanks dat de declaratie over de tweede detentieperiode er niet toe heeft geleid dat verzoeker aanspraak heeft gemaakt op meer uren zorg dan waarop hij recht had - omdat over de maand augustus maar de helft van de gebruikelijke uren zijn gedeclareerd - is het handelen van verzoeker wel in strijd met het reglement. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 16 mei 2019 blijkt bovendien dat hij verzoeker heeft geïnformeerd dat geen zorg mag worden gedeclareerd over de periode waarin hij in detentie zit. De ontvangst van deze brief is niet door verzoeker betwist zodat hij zowel op basis van het bepaalde in het reglement als op grond van deze brief met een en ander bekend had kunnen zijn. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat bij verzoeker sprake is van de weigeringsgrond zoals bedoeld in artikel 4, onderdeel c, van het reglement van de zorgverzekeraar.
- 6.8. In het reglement van de zorgverzekeraar is bepaald dat geen aanspraak bestaat op een PGB vv als een weigeringsgrond zoals bedoeld in artikel 4 aanwezig is. Zoals hiervoor is overwogen, doet zich bij verzoeker de weigeringsgrond voor zoals bedoeld in artikel 4, onderdeel c, van het reglement van de zorgverzekeraar. Deze weigeringsgrond en de consequentie die hieraan wordt verbonden, stroken met het bepaalde in artikel 2.15c, tweede lid, onderdeel a, Bzv. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op het aangevraagde PGB vv.
De stelling van verzoeker dat hij vanwege zijn PTSS en antisociale persoonlijkheidsstoornis niet uit kan met zorg in natura en dat hij om die reden is aangewezen op een PGB vv, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Als zijn beroep op deze omstandigheden gehonoreerd zou worden, dan zou dit betekenen dat voor verzoeker afwijkende regels gelden, hetgeen noch door de wetgever noch door de zorgverzekeraar bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst kan zijn beoogd. Omdat het eerste deel van het verzoek wordt afgewezen, bestaat evenmin grond voor toekenning van de gevorderde proceskosten.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging



Ingangsdatum 1 januari 2019

Artikel 1 Wat is een Pgb?

Een Pgb (persoonsgebonden budget) is een passende gemaximeerde vergoeding voor de kosten die u maakt voor het inkopen van zorg. Met een Pgb kunt u zorg inkopen die is afgestemd op uw behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden. Als u een Pgb ontvangt, bent u zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u daarmee inkoopt.

Artikel 2 Doelgroep

- 2.1 Het Pgb is alleen bestemd voor een specifieke doelgroep. U behoort tot deze doelgroep als u langer dan één jaar behoefte heeft aan verpleging en verzorging.
- 2.2 Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog risico daarop,
 - b. niet gepaard gaat met verblijf, en
 - c. geen kraamzorg betreft.
- 2.3 Als u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden en u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan is het niet nodig dat uw zorgbehoefte langer duurt dan één jaar. Wel is noodzakelijk dat u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2.

Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden

- 3.1 U ontvangt een Pgb als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle navolgende voorwaarden, tenzij zich een weigeringsgrond voordoet:
 - a. u bent naar het oordeel van Menzis in staat met het Pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit,
 - b. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door u 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. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Pgb geleverd wil en kan krijgen.

U voldoet naar het oordeel van Menzis in ieder geval niet aan de 4 hierboven genoemde voorwaarden, als:

1. u zich bij de eerdere verstrekking van een Pgb in de AWBZ, Wlz, WMO of Jeugdwet niet gehouden heeft aan de daarbij opgelegde verplichtingen,

2. u op het moment van aanvragen van het Pgb een achterstand heeft in de betaling van uw zorgverzekeringspremie ter hoogte van 4 maandpremies of meer.
- 3.2. Niet iedereen mag u als vertegenwoordiger helpen bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen die aan het Pgb zijn verbonden, zoals bedoeld in artikel 3.1 onder a tot en met d. Alleen uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad mag u als vertegenwoordiger helpen. Uw vertegenwoordiger mag niet ook tegelijkertijd uw zorgverlener zijn, tenzij hij of zij uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt géén Pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

- a. het is onvoldoende aannemelijk dat met het Pgb zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
- b. het is onvoldoende aannemelijk dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
- c. u bent bij de eerdere verstrekking van een Pgb niet in staat gebleken om op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren,
- d. u was binnen een periode van 5 jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan aanvraag voor het Pgb, als verzekerde betrokken bij een, wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer, opgezegde of ontbonden zorgverzekering,
- e. u beschikt volgens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
- f. uw vrijheid is u rechtens ontnomen,
- g. u verleent geen medewerking aan het voeren van een bewuste-keuzegesprek of huisbezoek,
- h. uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u met uw Pgb uitsluitend zorg wilt inkopen bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op menzis.nl/zorgvinder kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
- i. u bent op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsanering of er is bij de rechtbank een verzoek gedaan om u toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr);
- j. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden is op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnr) of er is bij de rechtbank een verzoek gedaan om één van hen toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr).
- k. uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. is niet uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad,
 2. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 3. beschikt volgens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
 4. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen,

5. is op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr), of er is een verzoek gedaan om hem toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr),
6. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
7. verleent zijn hulp tegen betaling,
8. is zowel uw vertegenwoordiger als zorgverlener en niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad.

Artikel 5 Aanvraag Pgb

- 5.1 U kunt bij Menzis een Pgb aanvragen door een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. U kunt dit aanvraagformulier vinden op menzis.nl/pgbv. U moet het aanvraagformulier invullen samen met een wijkverpleegkundige. Door het invullen van het aanvraagformulier stelt de wijkverpleegkundige uw behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2 vast. Deze vaststelling wordt ook wel indicatie genoemd. Door het invullen van het aanvraagformulier geeft u ook aan hoe u in uw behoefte aan zorg wilt voorzien. U kunt ervoor kiezen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig in te kopen met een Pgb. U kunt er ook voor kiezen om slechts een deel van die zorg in te kopen met een Pgb. De rest van de zorg waaraan u volgens de wijkverpleegkundige behoefte heeft, kunt u dan krijgen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis. Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.
- 5.2 Het ingevulde aanvraagformulier mag op het moment van indienen niet ouder zijn dan 3 maanden. Het is niet mogelijk om tegelijkertijd meerdere aanvraagformulieren naast elkaar in te dienen. Uw aanvraag voor een Pgb kan slechts gebaseerd zijn op één aanvraagformulier.
- 5.3 Alleen een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Verpleegkunde met een BIG-registratie mag het aanvraagformulier met u invullen. Als u jonger dan 18 jaar bent, dan mag het aanvraagformulier alleen worden ingevuld door een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Kinderverpleegkunde met een BIG-registratie die bovendien zelfstandig of via zijn/haar werkgever is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ).
- 5.4 De wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag niet uw zorgverlener zijn, tenzij Menzis een overeenkomst heeft met die wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag ook niet uw vertegenwoordiger, uw partner of uw bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn. Ook mag de wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult geen partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad van uw vertegenwoordiger zijn.
- 5.5 De wijkverpleegkundige moet zich bij het invullen van het aanvraagformulier houden aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Als u jonger dan 18 jaar bent, moet de wijk(kinder)verpleegkundige het aanvraagformulier invullen aan de hand van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS).
- 5.6 Voor zover in uw zorgbehoefte kan worden voorzien door de verlening van gebruikelijke zorg door uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, mag uw wijkverpleegkundige die gebruikelijke zorg niet meetellen bij het vaststellen van uw behoefte

- 7.13 Als u uw gehele Pgb al heeft besteed, dan worden nieuwe nota's die betrekking hebben op de periode waarvoor de hoogte van het Pgb was vastgesteld, niet meer door Menzis vergoed. Zie ook artikel 8 onder j.

Artikel 8 Verplichtingen

Als u van Menzis een Pgb ontvangt, dan zijn daaraan voor u de volgende verplichtingen en verantwoordelijkheden verbonden:

- a. u bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 1. uw naam, het adres en de woonplaats,
 2. de naam, het adres en de woonplaats van de zorgverlener,
 3. als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener,
 4. de looptijd van de overeenkomst,
 5. welke zorg zal worden geleverd,
 6. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en de momenten waarop die zorg zal worden geleverd,
 7. het tarief dat u per uur voor de geleverde zorg zult betalen,
 8. of uw zorgverlener ook uw vertegenwoordiger is,
 9. of uw zorgverlener een partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.De zorgovereenkomst moet worden ondertekend door uzelf of uw vertegenwoordiger en de zorgverlener. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op menzis.nl/pgbv,
- b. het is niet toegestaan om één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u te laten verlenen. Het is niet toegestaan om zorg aan u te laten verlenen door een zorgverlener die jonger is dan 15 jaar,
- c. het is niet toegestaan om met uw zorgverlener een vast maandloon af te spreken. U mag uw zorgverlener alleen betalen voor daadwerkelijk geleverde zorg. Alleen als u in 2015 al met uw zorgverlener een vast maandloon heeft afgesproken, mag u uw zorgverlener nog een vast maandloon betalen.
- d. u bent verplicht om uw zorgverleners uitsluitend giraal te betalen. Uw mag uw zorgverleners niet contant betalen,
- e. u bent verplicht om minimaal 5 jaar lang de volgende documenten te bewaren:
 1. uw aanvraagformulier en alle bijbehorende bijlagen,
 2. alle zorgovereenkomsten die u met uw zorgverleners heeft gesloten,
 3. alle facturen, nota's en urenregistraties die u van uw zorgverleners ontvangt,
 4. betalingsbewijzen waaruit blijkt dat u de facturen en nota's van uw zorgverleners giraal heeft betaald,
 5. indien van toepassing: de beschikking van de rechtbank waarbij uw curator, bewindvoerder, mentor of voogd benoemd is,
- f. u bent verplicht om op verzoek van Menzis inzage te geven in de hierboven onder e. genoemde documenten en mee te werken aan onderzoek door Menzis naar de besteding van uw Pgb en de kwaliteit van de door u ingekochte zorg,
- g. als u een Pgb aanvraagt voor het inkopen van zorg die daarvoor al aan u werd verleend overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis, dan bent u verplicht om de verlening van die zorg zelf te beëindigen vóórdat de toekenningsverklaring ingaat,
- h. als uw zorgbehoefte toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt, bent u verplicht om uw wijkverpleegkundige opnieuw te laten vaststellen hoeveel uren zorg u nodig heeft. U bent verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij Menzis,

- i. u bent verplicht om Menzis te informeren over ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor uw recht op een Pgb. U bent in ieder geval verplicht om Menzis te informeren als:
 - 1. zich een situatie voordoet op grond waarvan uw Pgb automatisch eindigt of op grond waarvan Menzis uw Pgb kan beëindigen (zie ook artikel 9),
 - 2. uw behoefte aan zorg toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt,
 - 3. u langer dan 2 maanden in het buitenland gaat verblijven,
 - 4. u langer dan 60 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, instelling voor eerstelijns verblijf (ELV) of ziekenhuis verblijft,
- j. u bent verplicht om uw Pgb zodanig te besteden dat u gedurende de gehele periode waarvoor het Pgb is vastgesteld, met behulp van uw Pgb zelf kunt voorzien in uw behoefte aan zorg. U mag uw Pgb niet zodanig besteden, dat uw gehele Pgb al voor het einde van de periode waarvoor het is vastgesteld, volledig zal zijn besteed.
- k. u bent verplicht om maximaal eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij Menzis.

Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb

- 9.1 Uw recht op Pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:
 - a. u niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep,
 - b. de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning,
 - c. u failliet bent verklaard of de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard,
 - d. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden failliet is verklaard of is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnp),
 - e. u blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 - f. rehtens uw vrijheid is ontnomen,
 - g. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op menzis.nl/zorgvinder kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
 - h. u om beëindiging van het Pgb verzoekt,
 - i. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken,
 - j. uw zorgverzekering eindigt.
- 9.2 Menzis kan uw recht op Pgb ook beëindigen:
 - a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft,
 - b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 - 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
 - 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,

Welke zorg

U heeft recht op:

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de Wlz,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als u jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door het ministerie van VWS aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Meldkamer Ambulancezorg of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

Let op

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en
- c. geen kraamzorg betreft.

U heeft ook recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kinderzorghuizen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als u vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging geïndiceerd hebt gekregen of als de persoonlijke verzorging onderdeel is van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO).

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert. U kunt ook naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor zzp-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zzp-ers in Zorg & Welzijn.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Toestemming

Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, worden de gemaakte kosten niet volledig vergoed. Ook heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur over de mogelijkheden op 088 222 42 42.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement en op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- 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.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Welke zorg

U heeft recht op multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). U heeft die zorg nodig omdat u:

- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend),
- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend), of
- een communicatieve beperking heeft (ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en u jonger bent dan 23 jaar.

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 rehtens 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 euro 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.