

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, doelmatigheid

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

Zaaknummer : 202100904

Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 22 april 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 7 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 juli 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Door een intern misverstand bij de commissie is een kopie van deze brief niet eerder dan op 19 november 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 16 december 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021046867) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 december 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen zijn aanvankelijk uitgenodigd voor een hoorzitting op 9 februari 2022. Verzoeker heeft op 27 januari 2022 per e-mail verzocht de hoorzitting te verplaatsen, gelet op zijn medische situatie. De commissie heeft hiermee ingestemd en partijen bij brief van 2 februari 2022 geïnformeerd dat de hoorzitting wordt verplaatst naar 11 mei 2022. Verzoeker heeft nadien opnieuw verzocht de hoorzitting te verplaatsen vanwege gezondheidsredenen. De commissie heeft hiermee ingestemd en partijen bij brief van 28 april 2022 geïnformeerd dat de hoorzitting wordt verplaatst naar 6 juli 2022. Daarbij heeft de commissie aan verzoeker meegedeeld dat de hoorzitting niet nogmaals wordt verzet. De gemachtigde van verzoeker heeft hiermee ingestemd.
- 2.5. Bij brief van 23 mei 2022 heeft verzoeker een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 1 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. Bij brief van 21 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 28 juni 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.7. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 juli 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzittingen en afschriften van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd, waarbij is gevraagd of deze aanleiding geven het voorlopig advies

van 16 december 2021 aan te passen. Bij brief van 19 juli 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat dit niet het geval is en dat het voorlopig advies als definitief mag worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend UWV**** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 16 november 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 32 uren persoonlijke verzorging per week.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 januari 2021 telefonisch contact opgenomen met de verpleegkundige om de gestelde indicatie te bespreken. Vervolgens heeft hij per e-mail van 18 januari 2021 een samenvatting van dit gesprek aan de verpleegkundige gestuurd en aan haar gevraagd hierop te reageren. De inhoud van de desbetreffende e-mail luidt:

*"(...) Hallo [naam verpleegkundige],
Bedankt voor het gesprek. We hebben de indicatie besproken.*

In de aanvraag heb je medicatie aanreiken meegenomen. Dhr. kan dit zelf innemen. Het aanreiken van de medicatie valt dan onder zorg die van mantelzorgers verwacht mag worden. Art 4.9.

Het meelopen met transfers valt niet onder de Zvw. Het is logisch dat een mantelzorger meeloopt met iemand om vervolgens de zorg te leveren. Zo ook de rolstoel of de rollator pakken en in en uit de auto stappen. Je berekent hiervoor 20 min die worden in mindering gebracht.

Het meenemen van de jichtaanvallen hebben we ook besproken. Dit zijn onplanbare momenten. Met een berekening die dhr. zelf gedaan heeft. Dit kunnen we niet goedkeuren. Hiervan willen we de volgende keer een bevestiging van de huisarts zien.

*De tijd die over blijft:
ADL 40 min per dag, Toiletgang 8x 10min = 1 u20min, ADL 25min per dag.
2 u 25 min per dag, 14 u en 55 min per week*

Graag ontvang ik zo spoedig mogelijk en uiterlijk 20-1 een bevestiging op deze mail. (...)"

- 3.4. De verpleegkundige heeft op 18 januari 2021 op het voornoemde e-mailbericht gereageerd. De inhoud van deze reactie luidt:
*"(...) Hallo,
Zoals net aan de telefoon besproken akkoord. Mits goed aan dhr. wordt uitgelegd waarom de indicatie deze keer lager uitvalt dan voorgaande jaren, terwijl gezondheidstoestand is verslechterd.
Groetjes, [naam verpleegkundige] (...)"*
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 januari 2021 per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 14 uren en 55 minuten per week.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 2 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens opnieuw gevraagd zijn beslissing te heroverwegen. Bij brief van 11 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een optelfout heeft gemaakt en dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 16 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week.

3.8. Op 10 november 2021 heeft de indicierend wijkverpleegkundige per brief verklaard:
 "(...) In 2019 ben ik bij [verzoeker] geweest voor de herindicatie PGB. Deze indicatie stel ik al een aantal jaar bij dhr. en ik heb in die jaren gezien dat de gezondheid van [verzoeker] erg achteruitgaat en daardoor neemt de zorg toe. Dit is in de aanvragen ook te lezen, elke twee jaar is de indicatie opgehoogd. Ik heb deze indicatie in 2019 gesteld, omdat ik wederom heb gezien dat [verzoeker] meer hulp behoeft dan de jaren er voor. De zorg wordt op dit moment uitgevoerd door zijn echtgenote, maar de indicatie moet dusdanig zijn dat als zij de zorg niet meer uit kan voeren, het budget hoog genoeg is om de zorg in te kunnen kopen bij een organisatie. Dit houdt in dat er tijd geïndiceerd is voor alle zorg die vanuit de ZVW geleverd zou mogen worden. Hierbij is er dus ook tijd geïndiceerd voor mobiliseren, transfers en medicatie. Achter deze indicatie sta ik nog steeds. Dit zou ik ook geïndiceerd hebben bij een cliënt in de regulieren ZVW met zorg in natura.

Ik ben in oktober 2020 gebeld door Zilveren Kruis om de indicatie door te spreken. Hierin is benoemd dat de indicatie volgens de consulente te hoog is ingeschat, met name als het gaat om transfers. Dit zou onder de mantelzorg vallen. Ik kon me er in vinden dat de indicatie dan wat omlaag bijgesteld zou worden, maar er is hierbij niet benoemd hoe laag de indicatie zou worden. Als ik had geweten waar ze op uit zouden komen, zou ik hier ook niet mee akkoord gegaan zijn.
 (...)"

3.9. Op 16 december 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies verklaard:
 "(...) Op 18-01-2021 is de indicierend verpleegkundige akkoord gegaan met de door verweerder voorgestelde aanpassing van de indicatie. Verweerder benoemt in de mail specifiek de toegekende onderdelen en de tijd. Op 10-11-2021 geeft de indicierend verpleegkundige aan toch niet akkoord te gaan met de bijstelling van de indicatie omdat deze lager is dan zij had verwacht. De verlaging was echter duidelijk door verweerder beschreven in de mailwisseling. Over de zorg die, vanwege het intrekken van het akkoord door de indicierend verpleegkundige, in geschil is merkt het Zorginstituut het volgende op:

De hulp bij transfers

De transfers met betrekking tot de toiletgang maakt deel uit van de zorg die is geïndiceerd en toegekend en betrekking heeft tot de toiletgang, dit blijkt uit het zorgplan. Voor wat betreft de overige transfers, hiervoor ontbreekt de geneeskundige context. Het pakken van de rollator, de rolstoel en hulp bij het in- en uitstappen van de auto lijkt geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, mocht dit wel het geval zijn, dan ontbreekt de geneeskundige context en de onderbouwing hiervoor.

Ongeplande zorg bij jichtaanvallen

Deze zorg is onvoldoende onderbouwd. Wat de zorg inhoud is niet duidelijk en wat de geneeskundige context is als gevolg hiervan ook niet.

Extra handelingen ten behoeve van ondersteuning en preventie

Het is niet duidelijk wat deze zorg inhoud, of dit zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en of er sprake is van een geneeskundige context.

Overige opmerkingen

De indicierend verpleegkundige heeft de mogelijkheid gekregen om de zorg die in geschil is en onvoldoende navolgbaar is nader te onderbouwen en in te gaan op de afwijsgonden van verweerder. De indicierend verpleegkundige heeft dit echter niet gedaan.

Conclusie

Bij de zorg met betrekking tot de overige transfers lijkt geen sprake te zijn van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, mocht dit wel het geval zijn dan ontbreekt te geneeskundige context, de ongeplande zorg bij jichtaanvallen is onvoldoende onderbouwd en als gevolg hiervan ontbreekt de geneeskundige context en bij de zorg met betrekking tot de extra handelingen ten behoeve van ondersteuning en preventie is onduidelijk wat deze zorg inhoud. Verzoeker kan daarom voor deze zorg geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. (...)"

- 3.10. In een aanvullende - ongedateerde - toelichting, die bij brief van 23 mei 2022 aan de commissie is gestuurd door verzoeker, heeft de indicierend wijkverpleegkundige verklaard:

"(...) Toelichting geïndiceerde zorg:

Zoals ik ook in het telefoongesprek op 18-01-2021 met het Zilveren Kruis heb aangegeven, heb ik als indicierend verpleegkundige een bindende, adviserende rol. Dit houdt in dat ik vanuit mijn expertise de zorgvraag in kaart breng, hierop een indicatie in tijd stel en deze invul op het PGB aanvraagformulier. Hierin neem ik altijd mee dat een cliënt vanuit deze indicatie ook de zorg in moet kunnen kopen bij een zorginstelling. In de ZVW mag je per zorgmoment nog 3 minuten reistijd meerekenen. Dit wordt ook gebruikt voor rapportage lezen en rapporteren.

In de mail van Zilveren Kruis halen ze de tijd voor transfers van de aanvraag af, omdat deze tijd bij de toiletgang geïndiceerd hoort te zijn. Daarom heb ik nu de tijd voor de transfers meegerekend in de toiletgang. De tien minuten die eerder zijn meegerekend zijn puur voor de handelingen bij de toilet, dus niet voor de transfers van en naar de toilet. Denk bij de handelingen bij de toilet gang aan het ontkleden van het onderlichaam, dhr. zicht laten ontlasten en daarna reinigen en weer aankleden van het onderlichaam. Mictie en defecatie nemen door de nierinsufficiëntie en in het verleden doorgemaakte diverticulitis meer tijd in beslag dan bij een gezond persoon. Nog niet te spreken over invloed en bijwerking van medicatie.

Medicatie aanreiken hoort niet bij een mantelzorger, dit is een handeling die vanuit de wijkverpleging uitgevoerd dient te worden wanneer iemand hier hulp bij nodig heeft.

Verder was er nog onduidelijk welke handelingen er in het kader van preventie worden uitgevoerd. Hierbij hoort onder andere preventie van huiddefecten, door signaleren en juiste huidzorg. Hierbij de slechte mobiliteit van dhr. meegerekend en daardoor het vele zitten. Dit geeft een verhoogde kans op decubitus. Goede huidzorg, continenzorg en voeding is hierbij belangrijk. Dit is een taak passend bij zorg door een zorgverlener.

Daarnaast wordt er dagelijks aan valpreventie gedaan. Door het inzetten van juiste hulpmiddelen, juiste gebruik van hulpmiddelen en ook hulp met transfers. Denk hierbij aan hulpmiddelen de juiste stoel en rollator, maar ook gebruik van beugels bij het staan en draaien. Daarbij wordt er gezorgd voor toereikend schoeisel, zowel overdag als 's nachts. Dit valt allemaal onder preventie, toegepast door een zorgverlener.

In de conclusie van de hoorzitting die 09-02-2022 heeft plaatsgevonden, staat dat [de] geneeskundige context ontbreekt bij het pakken van rollator, de rolstoel en hulp bij het in- en uitstappen van de auto. Dit is een punt waarin ik het Zilveren Kruis gelijk moet geven, ze hebben terecht deze geïndiceerde tijd van de indicatie gehaald omdat deze zorg niet bij een ZVW indicatie behoort.

Daarnaast staat bij overige opmerkingen dat de indicierend verpleegkundige de mogelijkheid heeft gekregen om de zorg die in het geschil is verder te onderbouwen. Deze mogelijkheid is mij ontgaan, waardoor ik dit niet heb gedaan. Het is correct dat ik in eerste instantie akkoord ben gegaan met de indicatie volgens Zilveren Kruis, met de kanttekening dat er heel duidelijk aan cliënt uitgelegd moet worden waarom dit zo ver naar beneden is gegaan.

Ik had nooit akkoord moeten gaan met deze indicatie, omdat dit niet reëel is. Ik heb dit dus ook herroepen. Doordat ik net van werkgever was gewisseld, had ik het dossier niet meer inzichtelijk en ik kon op dat moment ook niet goed voor de geest halen wat de casus in deze was. Dit is het antwoord wat ik had moeten geven, waarna ik het dossier op had moeten vragen en deze opnieuw had moeten beoordelen.

Op 03-05-2022 ben ik opnieuw bij dhr. geweest om de toenmalige aanvraag te bespreken, opnieuw te bekijken en de gevraagde delen te onderbouwen. Hierin heb ik de huidige situatie niet meegenomen, daar dhr. nog zieker is geworden en nog meer hulp nodig heeft dan geïndiceerd in 2020. (...)"

4. **Geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem met ingang van 1 januari 2021 een PGB vv toe te kennen op basis van 32 uren persoonlijke verzorging per week;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan hem 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 A.18 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 verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij bekend is met diverse beperkingen, zoals een verminderde nierfunctie, ernstige rugklachten, een verminderde functie in de benen, pijnklachten en jichtaanvallen. Daarnaast heeft verzoeker in 2020 drie poliepen laten verwijderen, maar is de ingreep niet vlekkeloos verlopen, zodat verzoeker nog steeds lijdt onder de naweeën van de operatie. In verband met de hiervoor geschetste beperkingen is verzoeker aangewezen op persoonlijke verzorging en ontvangt hij in dit verband al sinds 2009 een PGB vv. Voor het jaar 2020 werd aan hem een PGB vv toegekend door de ziektekostenverzekeraar op basis van 28 uren en 35 minuten persoonlijke verzorging per week. Sindsdien is zijn zorgvraag toegenomen. Dit blijkt ook uit de indicatie die is gesteld op 14 september 2021 op basis van 32 uren persoonlijke verzorging per week.

In afwijking hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar echter slechts een PGB vv toegekend op basis van 16 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week. De reden hiervan wordt door de ziektekostenverzekeraar slechts summier gemotiveerd. Verzoeker kan de stelling van de ziektekostenverzekeraar, dat geen sprake is van doelmatige zorg, niet plaatsen. Bovendien volgt uit artikel 5.11 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' dat de ziektekostenverzekeraar doelmatigheid beoordeelt door de indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en dan moet bezien of deze bij de zorgbehoefte past. Verder is vermeld dat de ziektekostenverzekeraar een eventuele afwijking van de indicatie dient te motiveren, hetgeen hij niet of summier heeft gedaan. Voorts geldt dat het aan de verpleegkundige is te beoordelen op welke zorg verzoeker is aangewezen. Als de verzekeraar twijfels heeft over de gestelde indicatie staat het hem vrij hierover gerichte vragen aan de verpleegkundige te stellen en moet hij duidelijk maken waarom de door de toelichting van de verpleegkundige niet voldoet. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar contact opgenomen met de verpleegkundige, maar van gerichte vragen over doelmatigheid of het opvragen van eventueel ontbrekende informatie was geen sprake. Bovendien heeft de verpleegkundige bij herhaling bevestigd dat de zorgbehoefte van verzoeker alleen maar groter is geworden en dat zij achter haar indicatie staat. De verpleegkundige heeft slechts 'akkoord' gegeven voor verlaging van de indicatie, omdat zij meende dat dit kennelijk nodig was en zij in de veronderstelling was dat de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk zou bepalen voor welk aantal uren het PGB vv zou worden toegekend. Met de doorgevoerde verlaging van de indicatie heeft zij echter nooit ingestemd en dit had zij ook nooit gedaan, had zij dit geweten. In dit verband verwijst verzoeker naar de verklaring van de verpleegkundige van 14 april 2021. Gelet op het voorgaande kan aan het gevraagde 'akkoord' geen waarde worden toegekend. In dit verband heeft verzoeker ter zitting gewezen op de uitspraak van de Rechtbank Noord-Nederland van 14 juli 2021 (ECLI:NL:RBNNE:2021:3342). Hieruit blijkt dat een zorgverzekeraar zich niet zonder meer kan verschuilen achter het 'akkoord' van een verpleegkundige, maar dat hij zelf dient te onderbouwen waarom hij de gestelde indicatie niet volgt. Bovendien dient een herbeoordeling plaats te vinden als blijkt dat de verpleegkundige een eerdere verklaring intrekt. Dit laatste heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte nagelaten.

Voorts heeft verzoeker er ter zitting op gewezen dat de ziektekostenverzekeraar zich pas lopende de onderhavige procedure erop heeft beroepen dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd door de verpleegkundige. Verzoeker acht dit in strijd met de goede procesorde. Immers, was dit eerder aan hem meegedeeld dan had hij reeds in het kader van de interne klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar eventueel ontbrekende informatie aan kunnen leveren.

Gelet op het voorgaande dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv toe te kennen op basis van de gestelde indicatie voor 32 uren persoonlijke verzorging per week.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij op 18 januari 2021 contact heeft opgenomen met de verpleegkundige om de gestelde indicatie te bespreken. De verpleegkundige is er tijdens dit gesprek mee akkoord gegaan om de indicatie te verlagen, mits dit goed aan verzoeker wordt uitgelegd. Dit blijkt uit haar verklaring van 18 januari 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft overeenkomstig de verlaagde indicatie uiteindelijk een PGB vv aan verzoeker toegekend op basis van 16 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niet in strijd met de goede procesorde heeft gehandeld en zijn afwijzende beslissing tijdig heeft onderbouwd. In dit verband wijst hij erop dat het ontbreken van de geneeskundige context met betrekking tot de jichtaanvallen reeds aan de orde is geweest tijdens de mailwisseling met de verpleegkundige.

Overwegingen commissie

- 6.3. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoeker is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van een deel van zijn aanvraag tot toekenning van een PGB vv.
- 6.4. In gevallen als deze gaat het onder meer om de beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot een verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 6.5. Het beslissingskader dat de commissie in PGB vv-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
 - (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicerend wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen zorgplan moet blijken dat:
 - (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
 - (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
 - (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
 - (b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.
 - (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige:
 - (i) tot overeenstemming tussen de verzekeraar en de verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
 - (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.
- 6.6. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.7. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan zijn beslissing op de PGB vv-aanvraag op 26 januari 2021, telefonisch en per e-mail contact heeft gehad met de indicerend verpleegkundige. Uit het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar volgt welke

onderdelen van de indicatie hij niet duidelijk vindt, op welke onderdelen hij meent dat de indicatie moet worden aangepast en voor welke onderdelen wél tijd wordt toegekend. De verpleegkundige is door de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, hetgeen zijn ook heeft gedaan per e-mail op 18 januari 2021.

- 6.8. De verpleegkundige heeft op 18 januari 2021 ingestemd met de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar en daarmee de verlaging van de indicatie. Niet is gebleken dat de verpleegkundige hierbij een ander voorbehoud heeft gemaakt dan dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing aan verzoeker zou uitleggen. Gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar niet aan deze voorwaarde heeft voldaan. Voorts geldt dat de ziektekostenverzekeraar op 11 februari 2021 aan verzoeker heeft meegedeeld dat hij de uren - als besproken met de verpleegkundige op 18 januari 2021 - niet goed heeft opgeteld en dat verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 16 uren en 55 minuten, in plaats van 14 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week. Deze aanpassing vormt echter geen onderwerp van geschil, zodat dit hier verder onbesproken kan blijven. De commissie concludeert dat verzoeker geen recht heeft op een ander of hoger PGB vv dan door de ziektekostenverzekeraar aan hem is toegekend.
- 6.9. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat de verpleegkundige slechts heeft ingestemd met verlaging van de indicatie en dit nooit had gedaan als de ziektekostenverzekeraar haar goed had geïnformeerd, overtuigt de commissie niet. Zoals hiervoor is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mail van 18 januari 2021 duidelijk vermeld op welke onderdelen hij de indicatie niet kon volgen en is expliciet vermeld tot welke verlaging van de indicatie dit leidt. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij gespecificeerd welke onderdelen en hoeveel tijd daarvoor wel zou worden toegekend en kwam daarbij op een totaal van 14 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week. Hierover kan dan ook geen verwarring bestaan. Dat de ziektekostenverzekeraar hierbij een door hem bij brief van 11 februari 2021 geconstateerde en herstelde optelfout heeft gemaakt, waardoor uiteindelijk 16 uren en 55 minuten werd toegekend, doet hieraan niet af. Voorts heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de verpleegkundige slechts 'akkoord' heeft gegeven, omdat de ziektekostenverzekeraar dit van haar verwachtte, terwijl zij zelf niet achter de verlaging stond. Dit blijkt in ieder geval niet uit het e-mailbericht van de verpleegkundige van 18 januari 2021 aan de ziektekostenverzekeraar, terwijl niet is gebleken van andere correspondentie in dit verband tussen de ziektekostenverzekeraar en de verpleegkundige. Dit wordt niet anders door eventueel door de verpleegkundige met de verzoeker gevoerde correspondentie, zoals onder meer het e-mailbericht van 28 januari 2021. Overigens mag van de verpleegkundige - als professional - worden verwacht dat zij niet instemt met aanpassing van een indicatie als zij hier niet achter staat. De ziektekostenverzekeraar mocht er dan ook, gelet op het e-mailbericht van de verpleegkundige van 18 januari 2021, op vertrouwen dat de verpleegkundige akkoord was met de verlaging van de indicatie, zoals gespecificeerd in het daaraan voorafgaande e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar aan de verpleegkundige van dezelfde datum. Dat de verpleegkundige achteraf met een andere verklaring komt, al dan niet naar aanleiding van het contact tussen haar en de gemachtigde van verzoeker, acht de commissie in dit verband niet doorslaggevend. De verwijzing door verzoeker naar de uitspraak van de rechtbank Noord-Nederland van 14 juli 2021 treft in dit verband evenmin doel. In die zaak stond ter discussie of de betrokken zorgverzekeraar zijn beslissing objectief en toetsbaar had gemotiveerd. De rechtbank kwam tot de conclusie dat dit niet het geval was, omdat de zorgverzekeraar zelf niet voldoende had onderbouwd, waarom hij de gestelde indicatie niet kon volgen. Hiervan is, zoals hiervoor overwogen, in het onderhavige geval geen sprake.
- 6.10. Hetgeen partijen overigens hebben aangevoerd, met name ten aanzien van de indicatie, doelmatigheid en de inzet van het netwerk van verzoeker, kan gelet op het voorgaande onbesproken blijven. Deze aspecten moeten worden geacht door de verpleegkundige te zijn betrokken bij de oorspronkelijke indicatiestelling én bij de aanpassing hiervan.

6.11. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar in strijd zou hebben gehandeld met de goede procesorde kan verder onbesproken blijven, omdat dit niet kan leiden tot een ander oordeel.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 augustus 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de toekenning en het declareren van het Zvw-pgb. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

Bij tegenstrijdigheden tussen de polisvoorwaarden en het PGB-reglement heeft dit PGB-reglement voorrang.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel B29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit de meest recente versie van:

- a) De Zorgverzekeringswet;
- b) het Besluit zorgverzekering;
- c) de Regeling zorgverzekering;
- d) de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e) interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- f) de bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan het gewijzigde artikel 2.15a van het Besluit.

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis en Principe Polis Budget;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoert. Dat is One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden indien er zwaarwegende omstandigheden zijn die hiertoe aanleiding geven, zoals wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen of andere zaken.

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

- 1 behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

Let op! Onder 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

- 2 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
- 3 op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

- 1 u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);

- 2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Zvw, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b u was binnen een periode van 5 jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-rgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;
 - e u bent aangemeld bij het CAK (Centraal Administratie Kantoor) vanwege een premieachterstand, of er sprake is van opschorting van de premiebetaling bij het CAK;
 - f u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - g u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
- 3 dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-rgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 8 Verplichtingen;
- 4 dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- 5 dat u naar ons oordeel op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunt motiveren dat u de zorg via een Zvw-rgb geleverd wil en kan krijgen. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-rgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb.

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-rgb als zich één van de volgende weigeringsgronden zich voordoet:

- 1 als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-rgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-rgb;
- 2 u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
- 3 uw vrijheid is ontnomen;
- 4 u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) "bewuste keuze gesprek" en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
- 5 uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-rgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
- 6 u zorg inkoopt bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
- 7 u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
- 8 uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b beschikt volgens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c is zijn/haar vrijheid reeds ontnomen;
 - d heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - f heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - g biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-rgb verbonden verplichtingen.
- 9 Er wordt geen Zvw-rgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen: gebruikelijke zorg) en wat u en uw naasten zelf kunnen doen. Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 aanvraag Zvw-rgb

- 1 Uw aanvraag voor een Zvw-rgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-rgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-rgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-rgb.
- 2 Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of zorginhoudelijk adviseur.

- 3 a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid heeft opgesteld.
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde HBO kinder-verpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie INtegrale KindZorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient gesteld te worden in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
- 4 De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
- 5 Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.3.
- 6 Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
- 7 Is er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
- 8 Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
- 9 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorgverlener is.
- 10 Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel B29 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
- 11 Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatiesteller (intervisie) en na overleg past de 1e indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 5.3a, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen.
- 12 Op het aanvraagformulier dient u aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
- 13 Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.
- 14 Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
 - a De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast.
 Een combinatie van zorgverlening door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en zorg via een Zvw-pgb is niet mogelijk.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 1 De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag ook op een latere datum in laten gaan.
- 2 In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen 4 weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie. Wanneer uit de herindicatie blijkt dat uw zorgvraag is veranderd, dan gaat de wijziging van het Zvw-pgb in, op de dag dat de wijkverpleegkundige de wijziging heeft vastgesteld.

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

- 1 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
- 2 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
- 4 Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
- 5 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

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

B.28 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

- 1 De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- 3 De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
- 4 Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
- 5 U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

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

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

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

B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.18, B.30 en B.31 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

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

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

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

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



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

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

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

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel B.34;
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

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

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

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

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

B.30 Eerstelijns verblijf

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

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

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

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



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.