



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen

Zaak : Verpleegkundige zorg, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, hoogte budget, gebruikelijke zorg

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201801630

Zittingsdatum : 25 september 2019



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (drs. J.A. Strens-Meulemeester, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

1. Partijen



Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Bij brief van 7 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 5 augustus 2019 aan verzoekster gezonden.
- 
- 2.3. Bij brief van 5 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019040270) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 6 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2019 gehoord.
- 
- 2.5. De commissie heeft ter zitting bepaald dat de ziektekostenverzekeraar contact dient op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige om eventuele onduidelijkheden over de gestelde indicatie weg te nemen.
- 
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige en dit gesprek bij e-mailbericht van 24 oktober 2019 aan haar bevestigd. Bij e-mailbericht van 5 november 2019 heeft de indicierend wijkverpleegkundige op de vragen van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Bij brief van 6 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie kopieën van deze e-mailberichten gestuurd. Kopieën hiervan zijn aan verzoekster gezonden.
- 
- 2.7. Bij brief van 15 november 2019 heeft verzoekster gereageerd op de door de ziektekostenverzekeraar ingezonden stukken. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en de stukken die na de hoorzitting zijn overgelegd zijn op 21 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 2 december 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering GarantVerzorgd 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 18 april 2018 heeft de indicierend wijkverpleegkundige een zorgplan opgesteld. In het zorgplan heeft zij over verzoekster verklaard:
"(...)
Medische voorgeschiedenis
Diabetes Mellitus, Lymfoedeem in re. arm a.g.v. borstkanker (1992), hartfalen (o.a. hoge bloeddruk, oedemateuze benen, boezemfibrilleren en aortastenose), traag werkende schildklier, ouderdomsvergeetachtigheid, visus/gehoor aangetast, nierfunctiestoornis bij forward failure.
- Aanleiding zorgvraag*
Mw. is in maart 2017 gevallen en de gezondheidstoestand van mw. is daardoor verslechterd en daardoor is mw. meer hulpbehoevend geworden. Mw. heeft een PGB en mw. krijgt van haar dochter dagelijks ondersteuning bij de ADL (wassen, kleden en uiterlijke verzorging). Daarnaast krijgt mw. hulp bij de medicatie (o.a. injecteren van insuline), hulp bij het in en uit bed komen en begeleiding bij de toiletgang. Mw. is een kwetsbare vrouw op leeftijd. Dochter doet de dagelijkse zorg en voor mw. is dit heel vertrouwd.
- Gezondheidsgerelateerd gedragsdomein*
Mw. is 'slingerachtig met lopen'. Mw. gebruikt binnenshuis geen loophulpmiddel. Mw. is snel vermoeid en krijgt volledige ondersteuning bij de zelfzorg, transfers en toiletgang van haar dochter. Vanwege de visusproblemen regelt dochter ook de medicatie en het injecteren van insuline. Dochter zorgt dat mw. op het gebied van persoonlijke zorg, medicatie en voeding de juiste zorg op het juiste moment krijgt.
- Fysiologisch domein*
Mw. is wat wankel ter been (beperkte mobiliteit) en heeft hulp nodig bij transfers en de toiletgang, daarnaast heeft mw. weinig uithoudingsvermogen (beperkte inspanningstolerantie) en er is sprake van licht cognitieve beperkingen (ouderdomsvergeetachtigheid).
- Psychosociaal domein*
Mw. is weduwe en woont bij haar dochter en schoonzoon in huis. De onderlinge contacten zijn goed. Schoonzoon en dochter regelen alles voor mw. (...)"
- 3.3. Op 20 april 2019 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 21 uren Persoonlijke Verzorging per week met ingang van 5 mei 2018. Het zorgplan van 18 april 2018 maakt deel uit van deze aanvraag. Uit de aanvraag blijkt dat de gestelde indicatie als volgt is opgebouwd:
"(...)
350 minuten per week PV - ADL + nachtklaar maken
140 minuten per week PV - Medicatie aanreiken
70 minuten per week PV - Insuline injecteren en bloedsuiker bepaling
630 minuten per week PV - Toiletgang begeleiding
70 minuten per week PV - In- en uit bed gaan (...)"
- 3.4. Bij brief van 26 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aan verzoekster toegekend op basis van 10 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode van 10 mei 2018 tot en met 31 december 2018.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven. In deze brief heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het toegekende PGB vv is gebaseerd op:

- ADL en nacht klaar maken: 350 minuten
- Insuline injecteren en bloedsuikerwaarde bepaling: 70 minuten
- Toiletgang 's nachts: 140 minuten
- In- en uit bed gaan: 70 minuten.

3.6. Bij brief van 9 april 2019 heeft de huisarts over verzoekster verklaard:

"[verzoekster] is een hoogbejaarde 89-jarige patiënte met zeer beperkte mobiliteit, dwz dat zij alleen met hulp kan verplaatsen. Deze forse beperkingen zijn te wijten aan haar hoge leeftijd, diabetes mellitus (suikerziekte), decompensatio cordis (hartfalen) bij ernstige aortaklepstenose (vernaauwing hartklep), pre-existente nierfunctiestoornissen en atriumfibrilleren (ritmestoornis). Door infecties is zij vorig jaar enkele keren uit haar wankele evenwicht geraakt en volledig verzwakt opgenomen geweest in het ziekenhuis. Gezien haar leeftijd en kwetsbare conditie is zij volledig afhankelijk van zorg voor haar ADL, de frequente toiletgang en hygiëne. Dit betekent dat zij zich niet zelf kan verzorgen qua voeding, medicatie nemen, lichamelijke verzorging, aankleden en uitkleden en ook bij de toiletgang. Bij al deze activiteiten en bij transfers daar tussen heeft zij ondersteuning nodig. Daar zij alleen Armeens en Russisch spreekt, is de rol van de familie bij deze zorg van zeer groot belang, zo niet onmisbaar. (...)"

3.7. Bij brief van 4 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Verweerder stelt dat de hulp bij de toiletgang gedurende de dag en het aanreiken van de medicatie 'gebruikelijke zorg' betreft. De term 'gebruikelijke zorg' komt niet voor in de Zvw. De verpleegkundige beroepsgroep hanteert deze term ook niet bij de indicatiestelling. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om bij de indicatiestelling duidelijk te onderbouwen welke inzet wél of niet van het netwerk van de cliënt verwacht kan worden. De wijkverpleegkundige onderbouwt waarom bepaalde interventies ingezet worden en door wie deze worden uitgevoerd op basis van verpleegkundige diagnoses en resultaten.

Een onderbouwing van de indicierend wijkverpleegkundige waarom de zorg rondom de toiletgang overdag en het aanreiken van medicatie geïndiceerd is en er derhalve sprake is van een geneeskundige context ontbreekt echter. Ook heeft er geen afstemming plaatsgevonden tussen de wijkverpleegkundige en verweerder.

Conclusie

Op basis van de informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van een geneeskundige context voor de zorg met betrekking tot de toiletgang overdag en het aanreiken van de medicatie.

Juridische beoordeling

De geïndiceerde zorg kan voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de Zvw als er sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Bzv. Dit wil zeggen dat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. Er hoeft niet altijd sprake te zijn van verpleegkundige handelingen. Ook alleen verzorging is mogelijk onder deze Zvw-bepaling. Dit kan nodig zijn om bij een verzekerde aandoeningen of een verergering hiervan te voorkomen.

In onderhavig geschil is de geneeskundige context voor wat betreft de hulp bij de toiletgang en het aanreiken van de medicatie niet aangetoond waardoor deze geïndiceerde zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. (...)"

- 3.8. Bij e-mailbericht van 24 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende vragen aan de indicierend wijkverpleegkundige voorgelegd:

(...) Frequentie toiletgang:

Besproken is de frequentie van het toiletbezoek van [verzoekster]. Bij u is geen medische onderbouwing bekend voor het meer dan gebruikelijk toiletbezoek. U heeft in de indicatie rekening gehouden met 5 maal daags bezoek van het toilet. Om alle twijfel hierover weg te nemen, neemt u contact op met de familie [van verzoekster] en vraagt of er een verklaring of diagnose van een arts aanwezig is die meer dan gebruikelijk toiletbezoek aannemelijk maakt.

Incontinentiemateriaal:

Incontinentie middelen zijn als voorliggende voorziening met u besproken. De familie van [verzoekster] heeft bij u aangegeven dat mevrouw hier geen gebruik van wenst te maken. Het is u bekend dat in geval van zorg door een thuiszorgorganisatie indien aanwezig het netwerk ingeschakeld zal worden voor begeleiding naar het toilet en zij hierdoor deze zorg niet naast de vaste zorgmomenten leveren.

Rollator:

Gebruik van een rollator is als voorliggende voorziening met u besproken. In uw indicatie van 7 november 2018 geeft u aan dat [verzoekster] hier absoluut geen gebruik van wil maken. Deze situatie is sinds de indicatie lichtelijk gewijzigd. U geeft aan dat mevrouw zich nu niet goed meer kan vasthouden.

Aanreiken medicatie:

Hoewel er voor het aanreiken van medicatie geen geschil bestaat is deze zorg in verband met de door u gestelde nieuwe indicatie met u besproken. U bent op de hoogte van de regelgeving die zegt dat voor zorg bij medicatie bestaat alleen aanspraak binnen de zorgverzekeringswet als men de medicatie niet zelfstandig kan innemen, maar een verpleegkundige de medicatie moet toedienen in de mond of moet injecteren. Dit is bij [verzoekster] niet van toepassing.

- 3.9. In reactie op het e-mailbericht van 24 oktober 2019 van de ziektekostenverzekeraar heeft de indicierend verpleegkundige bij e-mailbericht van 5 november 2019 het volgende verklaard:
"(...) N.a.v. uw mail ben ik vandaag in gesprek geweest met de schoonzoon van [verzoekster] over bovenstaande onderwerpen.

V.w.b. de frequentie toiletgang:

Dhr. geeft aan dat zijn schoonmoeder regelmatig meer dan 8x per dag (en nacht) moet worden geholpen bij de toiletgang. Dhr. kan echter geen medische onderbouwing van een specialist overleggen. Dhr. verwijst daarbij naar de brief van de huisarts.

V.w.b. incontinentiemateriaal:

Dhr. geeft aan dat zijn schoonmoeder hier niets van wil weten. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar met ingang van 24 april 2018 een PGB vv toe te kennen op basis van 21 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar een schadevergoeding toe te kennen in verband met de gemaakte proceskosten.

- 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 een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op Verpleging en Verzorging en het recht op een 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.
- 6.2. Uit de aanvraag die op 20 april 2018 ten behoeve van verzoekster is ingediend, blijkt dat een indicatie is gesteld voor 21 uren Persoonlijke Verzorging per week. De indicatie geldt voor de periode van 5 mei 2018 tot en met 5 mei 2019. Anders dan verzoekster veronderstelt, is dan ook geen PGB vv aangevraagd voor 21 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verder geldt - gelet op de indicatiestelling - dat het PGB vv is aangevraagd met ingang van 5 mei 2018 in plaats van 24 april 2018. Aangezien de ingediende aanvraag voor de commissie het uitgangspunt vormt bij de beoordeling van het geschil beperkt de commissie haar oordeel tot de vraag of verzoekster met ingang van 5 mei 2018 recht heeft op een PGB vv op basis van 21 uren Persoonlijke Verzorging per week.

Zorgverzekering

- 6.3. Op pagina 50 e.v. van de zorgverzekering is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak heeft op verpleging en verzorging. In hoofdstuk 5 van het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2018' (hierna: het reglement) is vastgelegd wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op een PGB vv. Het reglement maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft - overeenkomstig de gestelde indicatie - een PGB vv toegekend voor (i) ADL en nachtklaar maken (350 minuten), (ii) insuline injecteren en bloedsuikerwaarde bepaling (70 minuten) en (iii) in - en uit bed gaan (70 minuten). De ziektekostenverzekeraar heeft de indicatie niet gevolgd ten aanzien van (iv) medicatie aanreiken (140 minuten) en (v) toiletgang begeleiding (630 minuten). Voor het aanreiken van medicatie is geen PGB vv toegekend, voor de hulp bij toiletgang een PGB vv op basis van 140 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat de zorg die is geïndiceerd voor het aanreiken van medicatie niet langer onderwerp is van geschil. Partijen zijn nog wel verdeeld over de vraag of de ziektekostenverzekeraar mocht afwijken van de gestelde indicatie voor begeleiding bij de toiletgang. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.
- 6.5. Verzoekster voert aan dat aan haar voor de periode van 1 januari 2017 tot en met 8 mei 2017 een PGB vv is toegekend op basis van 18 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Vervolgens is aan haar voor de periode van 9 mei 2017 tot en met 23 april 2018 een PGB vv toegekend op basis van 21 uren en 10 minuten per week. De situatie van verzoekster is sindsdien niet verbeterd, maar eerder verslechterd, zodat een verlaging van de gestelde indicatie niet te rechtvaardigen is. Verzoekster kan de ziektekostenverzekeraar verder niet volgen in zijn argumentatie over de geïndiceerde zorg voor hulp bij de toiletgang. In dit verband verwijst zij naar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (ECLI:NL:CRVB:2018:3348), waarin is geoordeeld dat wanneer een persoonsgebonden budget wordt gewenst, geen sprake (meer) is van mantelzorg. Verzoekster is van mening dat analoge toepassing van deze uitspraak tot de conclusie moet leiden dat de

aanwezigheid van vrijwillige mantelzorg niet ertoe kan leiden dat geen PGB vv wordt toegekend voor de zorg die voor hulp bij de toiletgang is geïndiceerd.

Verder wekt de ziektekostenverzekeraar de indruk dat de urenverlaging in overleg met verzoekster tot stand is gekomen en dat dit uitvoerig is besproken tijdens het bewust keuze gesprek. Beide wordt door verzoekster betwist. Het bewust keuze gesprek is gevoerd met de in het kader van het PGB vv aangewezen wettelijk vertegenwoordiger. Hij heeft een verslag gemaakt van dit gesprek. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar enkel heeft gevraagd of het aantal geïndiceerde uren voor hulp bij toiletgang niet bovenmatig was. De wettelijk vertegenwoordiger heeft hierop geantwoord dat hij dit niet kon inschatten.

Verzoekster wijst erop dat de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding heeft gezien contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige. De desbetreffende wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van de tijd die daadwerkelijk nodig is voor de ondersteuning van verzoekster bij de toiletgang. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar niet van de gestelde indicatie mag afwijken, tenzij hierover overleg heeft plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige.

Verder voert verzoekster aan dat zij niet in staat is zelfstandig naar het toilet te gaan. Door haar beperkingen kan zij zich niet zelfstandig of met behulp van een hulpmiddel zoals een rollator verplaatsen. Hiervoor is zij volledig afhankelijk van ondersteuning. Dit wordt bevestigd door haar huisarts. Verzoekster begrijpt niet hoe de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie is gekomen dat dit anders zou zijn.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de verlaging van het aantal geïndiceerde uren tot stand is gekomen na het bewust keuze gesprek bij verzoekster thuis. Tijdens dit gesprek is de verlaging uitvoerig besproken. Er is kenbaar gemaakt dat begeleiding bij de toiletgang wordt gezien als gebruikelijke zorg, zoals beschreven in artikel 5.6 van het reglement. Inzet van professionele zorg is dan niet noodzakelijk. In dit verband wijst de ziektekostenverzekeraar op het bindend advies van de commissie van 25 oktober 2017 (Gcz, 25 oktober 2017, SKGZ201700381). Overigens is tijdens het bewust keuze gesprek naar voren gekomen dat verzoekster overdag zelfstandig naar het toilet gaat. Uit coulance is twee keer 10 minuten per nacht, ofwel 140 minuten per week, voor hulp bij de toiletgang 's nachts toegekend. De ziektekostenverzekeraar is namelijk van mening dat twee keer per keer in de nacht opstaan in verband met de toiletgang een grote impact heeft op het dagelijks leven.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich er tevens op beroepen dat de geneeskundige context voor begeleiding bij de toiletgang ontbreekt. In dit verband wijst de ziektekostenverzekeraar op het advies van het Zorginstituut van 4 september 2019.

- 6.7. De commissie overweegt dat begeleiding bij de toiletgang zorg kan zijn die verpleegkundigen plegen te bieden, mits sprake is van een geneeskundige context. Dit wel zeggen dat de zorg plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid of het voorkomen van verergering van een ziekte of aandoening. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv niet heeft afgewezen omdat de geneeskundige context ontbreekt, maar omdat sprake zou zijn van 'gebruikelijke zorg', als beschreven in artikel 5.6 van het reglement. In dit artikel staat: *"Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders en inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven"*. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat het ontbreken van de geneeskundige context ligt besloten in het standpunt dat sprake is van 'gebruikelijke zorg'. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar op dit punt niet volgen. In artikel 2.2 van het reglement is beschreven dat slechts aanspraak bestaat op Verpleging en Persoonlijke Verzorging, indien sprake is van een geneeskundige context. Indien de geneeskundige context ontbreekt, kan een aanvraag op grond van dit artikel worden afgewezen. In artikel 5.6 van het reglement staat dat zorg als bedoeld in artikel 2.2 van het reglement niet mag worden meegenomen in de indicatiestelling als dit 'gebruikelijke zorg' is. Anders dan de ziektekostenverzekeraar leidt de commissie hieruit af dat ook als aan de voorwaarden van artikel 2.2 van het reglement wordt voldaan geen PGB vv wordt toegekend voor 'gebruikelijke zorg'. De vraag is dan ook of begeleiding bij de toiletgang dient te worden aangemerkt als 'gebruikelijke zorg', zoals beschreven in artikel 5.6 van het reglement.

- 6.8. De term 'gebruikelijke zorg' komt niet voor in de Zvw, het Bzv of de Rzv. Het Zorginstituut bevestigt dit in zijn advies van 4 september 2019. Ook de verpleegkundige beroepsgroep hanteert deze term niet bij de indicatiestelling. Het Zorginstituut wijst erop dat de indicierend wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling duidelijk moet onderbouwen welke inzet wel of niet van het netwerk van een verzekerde kan worden verwacht. In het zorgplan dient te worden opgenomen door wie en op welke wijze bepaalde ondersteuning wordt gegeven en welke doelen daarmee worden bereikt. In de wijze van het 'organiseren' van de ondersteuning wordt dus standaard meegenomen of al dan niet inzet van mantelzorgers, vrijwilligers en andere formele ondersteuners mogelijk is. De inzetbaarheid van het netwerk kan wisselend zijn. Daarop wordt de organisatie van de zorg aangepast. Dit volgt uit het standpunt van het Zorginstituut van 28 maart 2019: 'Verpleegkundige indicatiestelling; een andere duiding'.
- 6.9. De commissie zoekt aansluiting bij het standpunt van het Zorginstituut en overweegt in dit verband het volgende. Ten behoeve van verzoekster is een zorgplan opgesteld. Hieruit volgt niet welke inzet wél of niet van haar netwerk kan worden verwacht. Het ontbreken van een dergelijke onderbouwing kan niet zonder meer tot de conclusie leiden dat de indicierend wijkverpleegkundige dit niet bij de indicatie heeft betrokken. Dit geldt temeer omdat de mogelijke inzet van het netwerk van een verzekerde volgens de beroepsgroep een vast onderdeel is van de indicatiestelling. Indien hierover onduidelijkheid bestaat bij de ziektekostenverzekeraar, dient hij hierover in contact te treden met de indicierend wijkverpleegkundige. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar na de hoorzitting de opdracht gegeven alsnog contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie. Uit de overgelegde e-mailberichten volgt echter niet dat is besproken of en hoe de indicierend wijkverpleegkundige de inzet van het netwerk van verzoekster heeft betrokken bij de indicatiestelling. Dat de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten dit te onderzoeken, is verzoekster niet tegen te werpen. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ten onrechte heeft afgewezen op grond van artikel 5.6 van het reglement.
- 6.10. Voor de volledigheid merkt de commissie op dat de verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar het bindend advies van 25 oktober 2017 (GcZ, 25 oktober 2017, SKGZ201700381) geen doel treft. In die procedure was de aanspraak op een PGB vv in 2016 in geschil. Op grond van de destijds toepasselijke voorwaarden bestond slechts aanspraak op een PGB vv als het ging om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig was, dan wel slecht was in te plannen. In dit kader heeft de commissie geoordeeld dat zorg in verband met toiletbezoek als niet-planbare zorg kan worden aangemerkt als het toiletbezoek deel uitmaakt van de gestelde indicatie én sprake is van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg. Deze 'zorginhoudelijke criteria' zijn echter met ingang van 1 januari 2017 komen te vervallen. In tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd, is de commissie destijds niet tot het oordeel gekomen dat (i) zorg in verband met toiletbezoek per definitie niet behoort tot verpleging en verzorging als bedoeld in de Zvw, (ii) deze zorg is aan te merken als 'gebruikelijke zorg' of (iii) voor deze zorg geen PGB vv hoeft te worden toegekend als een mantelzorger aanwezig is.
- 6.11. Verzoekster heeft de commissie tevens verzocht een schadevergoeding toe te kennen voor de kosten die samenhangen met deze procedure. Het uitgangspunt is dat de kosten die ontstaan in het kader van een geschil voor rekening blijven van de partij die de desbetreffende kosten maakt. Dit met name vanwege het feit dat is getracht een laagdrempelige procedure te creëren, die ook zonder rechtsbijstand kan worden gevoerd. Van dit uitgangspunt wijkt de commissie enkel in uitzonderlijke situaties af. Een dergelijke situatie is hier niet aan de orde. Aangezien verzoekster in het gelijk wordt gesteld, moet de ziektekostenverzekeraar wel het entreegeld aan verzoekster voldoen.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) De ziektekostenverzekeraar aan verzoekster met ingang van 5 mei 2018 een PGB vv dient toe te kennen op basis van 21 uren Persoonlijk Verzorging per week;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (iii) verzoekster geen recht heeft op een schadevergoeding.
- 

Zeist, 8 januari 2020,



H.A.J. Kroon



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 de 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 Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) of de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK).
- 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 aan verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.2. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven.
- 5.7 Als u moeite heeft met de Nederlandse taal moet de wijkverpleegkundige aan de hand van de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg, beoordelen of er een tolk nodig is bij het gezamenlijk invullen van het aanvraagformulier en – indien dat het geval is – een tolk inschakelen.

- 5.8 Als u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan moet u bij uw aanvraagformulier ook een verklaring van uw huisarts voegen, waaruit blijkt dat u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden.
- 5.9 Als Menzis uw volledig ingevulde aanvraagformulier heeft ontvangen, kan Menzis u vragen om uw aanvraag tijdens een persoonlijk gesprek toe te lichten. Dit gesprek wordt ook wel 'bewuste-keuzegesprek' genoemd. Als uit uw volledig ingevulde aanvraagformulier al voldoende duidelijk blijkt dat u geen recht heeft op een Pgb, kan Menzis besluiten om af te zien van een bewuste-keuzegesprek.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 6.1 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 toekenningsvoorwaarden en zich geen weigeringsgronden voordoen, ontvangt u van Menzis een schriftelijke toekenningsverklaring. In deze toekenningsverklaring staat vermeld:
- a. de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring,
 - b. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring,
 - c. de hoogte van uw Pgb in het lopende kalenderjaar en het aantal uren zorg waarop de hoogte van uw Pgb is gebaseerd.
- 6.2 Als ingangsdatum van uw toekenningsverklaring geldt de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen, tenzij uit uw aanvraagformulier blijkt dat u wilt dat de toekenningsverklaring op een later moment ingaat. In dat geval gaat de toekenningsverklaring in op de door u aangegeven datum.
- 6.3 Op basis van de inschattingen van uw wijkverpleegkundige, kan Menzis aan uw toekenningsverklaring een geldigheidsduur toekennen van maximaal 2 jaar. Gedurende de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring behoudt u uw recht op een Pgb. Als u in 2015 of 2016 een toekenningsverklaring heeft ontvangen met een geldigheidsduur van meer dan 2 jaar, dan blijft deze toekenningsverklaring geldig tot de geldigheidsduur is verstreken. De hoogte van het Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden en kan van jaar tot jaar verschillen.
- 6.4 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Pgb alleen behouden door opnieuw een Pgb aan te vragen. Uw nieuwe Pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
- 6.5 Als u voor het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan geldt de toekenningsverklaring ook bij die andere zorgverzekeraar. Als u ook bij uw nieuwe zorgverzekeraar een Pgb wilt ontvangen, dan hoeft u daarvoor niet opnieuw een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. Wel zal uw nieuwe zorgverzekeraar zelf de hoogte van uw Pgb vaststellen op basis van zijn eigen Pgb-reglement. Uw nieuwe zorgverzekeraar kan u vragen om uw toekenningsverklaring op te sturen. Het is daarom belangrijk dat u deze goed bewaart.

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

- verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- niet gepaard gaat met verblijf, en
- 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 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.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op 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 naar een zorgaanbieder wilt gaan die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

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.

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.