



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden.

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), toekenning lager dan indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902540

Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 4 juni 2020 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 september 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 24 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020038057) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 25 september 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De commissie heeft partijen op 1 oktober 2020 per brief uitgenodigd voor de telefonische hoorzitting op 21 oktober 2020. Op 2 oktober 2020 heeft zij de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop per brief over deze hoorzitting geïnformeerd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar op 21 oktober 2020 rond het in de uitnodiging benoemde tijdstip gebeld. De ziektekostenverzekeraar was niet bereikbaar. De mogelijkheid van de ziektekostenverzekeraar om te worden gehoord, is aldus komen te vervallen. Verzoekster is op 21 oktober 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 23 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 26 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-GemeenteTop (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft een nieuwe indicatie laten stellen voor verpleging en verzorging in verband met een gewijzigde zorgvraag. De indicerend wijkverpleegkundige heeft daarbij een zorgbehoefte vastgesteld van 25 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoekster heeft vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een PGB vv overeenkomstig deze indicatie voor de periode van 4 april 2019 tot en met 4 april 2024.
- 3.3. Op 'DEEL 1: Verpleegkundige deel' van het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (PGB vv)' is, voor zover hier van belang, vermeld:

"(...)

Omschrijf het ziektebeeld van verzekerde. (zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier)

Spondylolisthesis L5-S1

Chronisch pijnsyndroom

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde. (zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier)

Mw. heeft een beperkte sta-loopfunctie + beperkte beweeglijkheid. Mw voelt dat haar functies achteruitgaan alles kost haar steeds meer moeite, daardoor ook meer tijd. Vandaar de vraag om uitbreiding van het aantal uren.

Omschrijf de zorgvraag van verzekerde op het gebied van verzorging en verpleging. (zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier)

Ondersteuning bij de ADL, transfers, toiletgang, medicatie, draaien in bed kan mw niet zelfstandig, ivm pijn moet zij een paar keer per nacht WL krijgen.

Zie verder Omaha[.]

"(...)"

- 3.4. Het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige met betrekking tot verzoekster luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Aandachtsgebied: Geestelijke gezondheid

Toelichting: Mw. heeft veel moeite met haar afhankelijkheid

De continue pijnklachten zijn vermoeiend

(...)

Begeleiding Client en mantelzorg

Het feit dat Mw pijn lijdt

Psychische gevolgen hiervan: angst, depressieve klachten, onrust

(...)

9-2-2019 Mw maakt zich veel zorgen om de toekomst, ziet geen verbetering. Gebruikt antidepressiva

Aandachtsgebied: Huid

Toelichting: Mw heeft verhoogd risico op drukplekken

(...)

Huid wordt dagelijks verzorgd.

Mw krijgt wisselligging in de nacht

Mw heeft een antidecubitusmatras

8- 3-2018 Mw heeft geen decubitus ontwikkeld. AD matras en wisselligging continueren. VP controleert wekelijks de huid

9-8-2018 Idem

9-2-2019 VP komt niet meer, verzorger controleert dagelijks de huid. Deze blijft goed dankzij alle preventieve maatregelen. Mw wordt 4 a 5 x per nacht gedraaid, heeft niet de kracht om dit zelf te doen.

(...)

Aandachtsgebied: Voeding

Toelichting: Mw heeft weinig eetlust tgv de pijn

Signalen: ondergewicht: volwassene o.a. BMI < 18,5; kind BMI < 5e percentiel

(...)

Verwijzen naar Dieetiste

8-3-2018, mw is niet bij de dieetiste geweest, heeft inmiddels weer wat meer eetlust en gewicht blijft stabiel

9-8-2018 idem

9-2-2019 eetlust blijft matig, gewicht blijft wel stabiel

(...)

mw wordt gestimuleerd tot eten en drinken.

(...)

Aandachtsgebied: Medicatie

Toelichting: Mw gebruikt veel pijnmedicatie

Tramadol 3 xdd fentanyl 150 amltriptylline 50 a 75 mg

*Signalen: aanwijzing voor bijwerkingen/nadelige reacties
niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp*

(...)

Toedienen medicatie volgens voorschrift

8-3-2018 baxter is niet aangevraagd. Heeft geen meerwaarde omdat mw lang niet alle medicatie in tablet vorm krijgt.

(...)

Mw gebruikt 150 fentanyl, amitryptiline 50 Mg. Dit is door de pijnpoli voorgeschreven. Heeft veel last van de bijwerkingen, is versuft, hartkloppingen, maagklachten

(...)

Aandachtsgebied: Persoonlijke zorg

Toelichting: Mw is ADL afhankelijk

(...)

Hulp bij ADL, rekening houdend met pijn.

8-3-2018 Mantelzorger verleent de ADL zorg,

9-8-2018 idem

9-2-2019 ADL zorg kost meer tijd omdat mw zich minder makkelijk beweegt.

(...)

Aandachtsgebied: Pijn

Toelichting; Mw heeft chronische pijnklachten in de onderrug en het rechterbeen tgv lytische spondylolisthesis L5-S1 graad 3

(...)

Advies en begeleiding over omgaan met pijn

8-3-2018 Mw. gebruikt al langere tijd TENS apparaat, heeft hier wel baat bij. Doet ook ademhalingsoefeningen en ontspanningsoefeningen

9-8-2018 idem

09-02-2019 Idem

Monitoren

Gebrek aan eetlust

Gewichtsverlies

8- 3-2018 mw heeft meer eetlust en valt niet meer af

9-8-2018 idem

(...)"

3.5. Het 'Activiteitenplan uitvoeren zorg' van de betrokken thuiszorgaanbieder voor verzoekster luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

ADL zorg vlg lijst (...) 1xdd 60 min

(...)

ADL zorg vlg lijst (...) 1xdd 30 min

(...)

toiletgang [en] ondersteuning bij transfer (...) 3xdd 15 min

(...)

decubituspreventie/huidverzorging, wisselgigging in de nacht (...) 4xdd 10 min

(...)

medicatie aanreiken (...) 3xdd 5 min

(...)

ondersteuning bij maaltijden, bewaken v/d vochthuishouding en voedingstoestand (...) 3xdd 10 min

(...)"

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 juni 2019 per e-mail aan de indicierend wijkverpleegkundige meegedeeld:

"(...)

Mijns inziens is de volgende zorg nodig:

- hulp bij wassen: 20 minuten per dag

- hulp bij aan/uitkleden: 30 minuten per dag

- hulp bij toiletgang/transfers: 45 minuten per dag

- hulp bij wisselliging 2 tot 3x per nacht: 20 minuten per dag
- hulp bij medicinale pleister vervangen: 1x per 3 dagen: 15 minuten per week
Totaal: 115 minuten x 7 = 805 minuten per week + 15 minuten ^ 820 minuten per week Persoonlijke verzorging.

Mijns inziens zou bovenstaande toekenning voldoende kunnen zijn om de beoogde zorg te kunnen leveren.

Medicatie kan mogelijk met een baxter of alarm via telefoon. Ook kan er toezicht op medicatie zijn tijdens de zorgmomenten.

Normaliter wordt er om de 3 uur wisselliging toegepast.

Het stimuleren en klaar maken van maaltijden valt niet onder de Zvw, hiervoor kan een aanvraag WMO gedaan worden.

Ik ontvang graag schriftelijk uw akkoord op bovenstaande voorstel.

(...)"

- 3.7. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 7 juni 2019 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld:

"(...)

Ik snap dat de maaltijden onder de WMO vallen, en dat u voor de medicatie geen tijd kunt geven.

Ik zou alleen willen vragen of de zorg voor de hulp bij het wassen in de ochtend 15 min meer zou kunnen zijn, dus 35 ipv 20 min. Dit omdat het douchen veel tijd kost omdat Mw zich niet makkelijk beweegt.

(...)"

- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juni 2019 per e-mail aan de indicierend wijkverpleegkundige meegedeeld:

"(...)

De beoogde tijd voor het wassen zullen we uitbreiden naar 35 minuten per keer. De totale toekenning pgb komt daardoor op 820 + 105 = 925 minuten per week (15 uren en 25 minuten per week).

Graag ontvang ik uw akkoord voor bovenstaande toekenning.

(...)"

- 3.9. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 21 juni 2019 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld:

"(...)

Is het aan mij om akkoord te geven? Mw. [naam verzoekster] zal het er waarschijnlijk niet mee eens zijn, ze wilde meer uren maar krijgt er uiteindelijk minder. Maar ik snap dat dit de uren zijn die u toe kunt kennen. Voorheen kreeg Mw ook voor de maaltijden en medicatie indicatie, die vallen nu weg.

(...)"

- 3.10. Op 5 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld aan haar een PGB vv te verlenen op basis van 15 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 3.11. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat verband op 28 en 31 augustus 2019 van de zorgverlener respectievelijk de indicierend wijkverpleegkundige een dagschema ontvangen.

- 3.12. Op 18 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.13. De huisarts heeft op 19 december 2019, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"(...)

Hierbij een beschrijving van de situatie omtrent de rugproblemen bij bovenstaande patiënte. In juli 2019 is er een consultatie geweest in het HMC, waarbij er sprake was van dysbasia cum dysstasiaklachten bij een bekende gr. 3 lytische spondylolisthesis L5-S1 met zeer forse foramniale stenose L5 bdz. Er is gesproken over de opties (conservatief vs. operatief), met als advies om de operatie aan de rug te doen.

*Patiënte ervaart veel klachten van de spondylolisthesis, waarbij er hulp op diverse fronten nodig is. De wijkverpleegkundige van de organisatie Activite heeft hierin meegedacht.
(...)"*

- 3.14. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 24 september 2020 luidt, voor zover hier van belang:
"(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het dossier bevat de PGB vv aanvraag met het daarbij behorende zorgplan. Ook bevat het dossier medische informatie.

Aanreiken medicatie, maaltijdondersteuning, vocht- en voedselintake

De geneeskundige context van het aanreiken van de medicatie (los van het plakken van de fentanyl pleister) en de zorg met betrekking tot de maaltijdondersteuning en vocht- en voedselintake is onvoldoende onderbouwd.

ADL zorg

De geïndiceerde tijd voor ALD zorg heeft verweerder verlaagd met een verwijzing naar de CIZ indicatiewijzer. De Zvw kent echter geen minutenlijsten. Het is aan de indicierend verpleegkundige om vast te stellen hoeveel tijd een bepaalde interventie of activiteit kost en niet aan verweerder. Deze zorg dient echter wel onderbouwd te zijn. Uit de informatie in het dossier blijkt niet dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren (in haar email schrijft zij "is het aan mij om akkoord te geven?").

Wisselligging

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk hoe de indicierend wijkverpleegkundige tot het aantal geïndiceerde minuten is gekomen voor de wisselliggingen van verzoekster. Het aantal wisselligging[en] per nacht komt niet overeen met het schema dat verzekerde zelf heeft opgesteld. Onduidelijk is hoeveel tijd daadwerkelijk nodig is voor de wisselliggingen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat sprake is van een geneeskundige context voor het aanreiken van de medicatie (los van het plakken van de fentanyl pleister) en de zorg met betrekking tot de maaltijdondersteuning en vocht- en voedselintake. De geïndiceerde tijd voor de ADL zorg kan verweerder niet verlagen met een verwijzing naar de CIZ indicatiewijzer. Het is verder onduidelijk hoeveel tijd nodig is voor de wisselliggingen.

Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:
Er is geen sprake van een geneeskundige context voor het aanreiken van de medicatie (los van het plakken van de fentanyl pleister) en de zorg met betrekking tot de maaltijdondersteuning en vocht- en voedselintake. De geïndiceerde tijd voor de ADL zorg kan niet verlaagd worden op grond van de CIZ indicatiewijzer. Het is verder onduidelijk hoeveel tijd nodig is voor de wisselliggingen.
(...)"*

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het aangevraagde PGB vv alsnog volledig toe te kennen.

- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van 'Rubriek A' van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 10 van 'Rubriek B' van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (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.

Zorgverzekering

- 6.2. Partijen verschillen van mening of de ziektekostenverzekeraar een PGB vv mocht toekennen op basis van minder uren zorg dan ten behoeve van verzoekster werden aangevraagd. Het geschil heeft geen betrekking op de hulp bij de toiletgang en de transfers. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze zorgactiviteiten immers een PGB vv aan verzoekster toegekend conform de indicatie. Het geschil ziet op de overige zorgactiviteiten waarvoor een PGB vv is aangevraagd.
- 6.3. De zorgverzekering biedt onder voorwaarden aanspraak op een PGB vv. Hiermee kan een verzekerde zelf verpleging en verzorging zoals bedoeld in de zorgverzekering inkopen. Er bestaat slechts aanspraak op verpleging en verzorging als bedoeld in de zorgverzekering - al dan niet in de vorm van een PGB vv - voor zover hiervoor een indicatie bestaat. Dit volgt uit artikel 27.1 van 'Rubriek B' van de voorwaarden van de zorgverzekering in combinatie met artikel 5, derde lid, van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2019' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement).
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met een verlaging van de door haar gestelde indicatie voor 25 uren en 40 minuten naar 15 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit is ter zitting door verzoekster betwist. Als de stelling van de ziektekostenverzekeraar juist is, dan bestaat slechts een indicatie voor de door hem toegekende tijd en moet het verzoek tot toewijzing van het meerdere reeds om die reden worden afgewezen.
- 6.5. De commissie constateert in dit verband dat de ziektekostenverzekeraar de indicierend wijkverpleegkundige uitdrukkelijk heeft verzocht om instemming met de verlaging van de indicatie. De indicierend wijkverpleegkundige heeft deze instemming echter niet willen geven, zo volgt uit haar e-mailbericht van 21 juni 2019, omdat verzoekster dan per saldo minder uren toegekend zou krijgen, terwijl de aanleiding voor de aanvraag juist was een toegenomen zorgbehoefte. De stelling van de ziektekostenverzekeraar faalt daarom, en de gestelde indicatie voor 25 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week heeft als uitgangspunt te gelden. De vervolgvraag is of een andere, objectieveerbare grond bestaat op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar een PGB vv mocht toekennen op basis van minder uren dan geïndiceerd.
- 6.6. In artikel 5, achtste lid, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar is geregeld in welke gevallen van een indicatie mag worden afgeweken. In essentie komt dit artikel erop neer dat door de ziektekostenverzekeraar geen PGB vv wordt toegekend voor geïndiceerde zorg die naar zijn oordeel niet behoort tot de aanspraak verpleging en verzorging als bedoeld in de zorgverzekering of die naar zijn oordeel niet doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar moet motiveren waarom hij afwijkt van de indicatie. Hij kan besluiten de indicatie geanonimiseerd voor advies voor te leggen aan een onafhankelijke derde partij. De stelling van verzoekster, dat de ziektekostenverzekeraar niet van de indicatie mag afwijken, is aldus niet juist.
- 6.7. Tot de aanspraak verpleging en verzorging als bedoeld in de zorgverzekering behoort verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Dit laatste wordt ook wel de geneeskundige context genoemd. De behoefte aan verpleging en verzorging moet worden

vastgesteld door een (HBO-)wijkverpleegkundige, overeenkomstig de geldende beroepsnormen voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Het voorgaande volgt uit artikel 27.1 van 'Rubriek B' van de voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 5, derde lid, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar.

- 6.8. Verzoekster heeft gesteld dat het aantal uren op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aan haar heeft toegekend niet toereikend is om te voorzien in haar zorgbehoefte. Dat meer tijd nodig is voor de feitelijke zorgverlening, wordt bevestigd door de eigen tijdmeting die zij heeft verricht. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoekster ten onrechte geen rekening gehouden met haar gezondheidssituatie. Zij betwist daarbij dat zij deels zelfredzaam zou zijn. Verzoekster is bij alle handelingen afhankelijk van ondersteuning, omdat zij haar handen niet kan gebruiken en beperkt is in haar mobiliteit. Voorts heeft ergotherapie in het verleden niet geleid tot verbetering van haar zelfredzaamheid.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft per zorgactiviteit gemotiveerd hoe hij is gekomen tot verlaging van de geïndiceerde tijd. Hij heeft daartoe - zakelijk weergegeven - het volgende aangevoerd:
- de geneeskundige context van een aantal zorgactiviteiten ontbreekt;
 - verzoekster zou - eventueel met behulp van hulpmiddelen - uit moeten kunnen met minder tijd voor een aantal zorgactiviteiten dan geïndiceerd;
 - de indicatie komt niet overeen met de dagschema's die aan hem zijn toegestuurd door de zorgverlener en de indicierend wijkverpleegkundige.
- De ziektekostenverzekeraar wijst verder op het overleg dat is gevoerd met de indicierend wijkverpleegkundige.
- 6.10. De commissie zal hierna per zorgactiviteit beoordelen of afwijking van de indicatie is toegestaan.

Hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)

- 6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster, gelet op de 'CIZ indicatiewijzer' en het overleg met de indicierend wijkverpleegkundige, uit moet kunnen met de toegekende tijd voor de hulp bij de ADL. De medische noodzaak voor afwijking van de standaardtijden uit de 'CIZ indicatiewijzer' is volgens hem onvoldoende onderbouwd.
- 6.12. Het Zorginstituut constateert terecht dat de ziektekostenverzekeraar de geïndiceerde tijd voor ADL niet kan verlagen, omdat deze niet overeenkomt met de minutenlijsten uit de 'CIZ indicatiewijzer'. De 'CIZ indicatiewijzer' heeft geen betrekking op de Zvw, maar op de inmiddels ingetrokken Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voorts schrijven de beroepsnormen van wijkverpleegkundigen, in lijn waarmee zij conform de verzekeringsvoorwaarden moeten indiceren, geen normtijden voor. Aan de andere kant kan verzoekster de doelmatigheid van de bij haar geïndiceerde tijd voor ADL niet aannemelijk maken door eigen tijdmetingen en het zelf beschrijven van haar problematiek en beperkingen.
- Het Zorginstituut tekent in dit verband aan dat het aan wijkverpleegkundigen is in het individuele geval vast te stellen hoeveel tijd een bepaalde interventie of activiteit kost. De wijkverpleegkundige gaat bij de patiënt langs en kan de situatie van de patiënt het best beoordelen. Als de ziektekostenverzekeraar meent dat de betreffende patiënt uit moet kunnen met minder tijd voor een of meerdere zorgactiviteiten dan geïndiceerd, dan ligt het op zijn weg dit te bespreken met de indicierend wijkverpleegkundige. Geeft het overleg dan geen uitsluitsel, dan is het aan de ziektekostenverzekeraar zelf een huisbezoek bij de patiënt af te leggen. Het eerste is in de situatie van verzoekster gebeurd. Dat de indicierend wijkverpleegkundige niet akkoord is gegaan met verlaging van de indicatie, betekent niet dat aan dit overleg geen conclusies mogen worden verbonden.
- 6.13. Bij de indicierend wijkverpleegkundige mag, als professional op het gebied van het indiceren van zorg ten laste van de zorgverzekering, bekend worden verondersteld dat het aan haar is - op objectieve gronden - te bepalen met hoeveel tijd per zorgactiviteit een verzekerde uit kan. Mede in dit licht kan de commissie uit de e-mailwisseling tussen de ziektekostenverzekeraar en

de indicierend wijkverpleegkundige, waarin zij zegt te snappen dat de ziektekostenverzekeraar niet meer tijd *kan* toekennen, niet anders dan concluderen dat laatstgenoemde onderschrijft dat verzoekster uit kan met de door de ziektekostenverzekeraar toegekende tijd. Dit geldt te meer omdat zij inhoudelijk is ingegaan op de visie van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van ADL. Zij vraagt immers of meer tijd door de ziektekostenverzekeraar kan worden toegekend voor de hulp bij het wassen in de ochtend dan door hem voorgesteld. Dit impliceert dat de voorgestelde tijd voor de hulp bij de andere ADL toereikend is. Het nadien door de indicierend wijkverpleegkundige aan de ziektekostenverzekeraar gestuurde dagschema kan de commissie niet duiden. Niet duidelijk is of de hierin vermelde zorgbehoefte de visie weergeeft van de indicierend wijkverpleegkundige. Het document is namelijk geschreven vanuit het perspectief van verzoekster. Mocht het dagschema wél de visie weergeven van de indicierend wijkverpleegkundige, dan had het op haar weg gelegen, toe te lichten:

- (i) hoe deze zorgbehoefte moet worden gezien in het licht van de eerdere mailwisseling;
- (ii) waarom de zorgbehoefte, zowel qua inhoud als omvang, afwijkt van de oorspronkelijke indicatie.

De commissie vindt, gelet op het voorgaande, het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster uit kan met 455 minuten hulp bij ADL per week, in plaats van de geïndiceerde 630 minuten, navolgbaar. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar, bij gebrek aan voldoende onderbouwing, vanuit doelmatigheidsoverwegingen mocht besluiten voor hulp bij ADL een PGB vv toe te kennen op basis van een lager aantal minuten.

Wisselliggingen

- 6.14. Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat zij om het uur moet worden geholpen bij de wisselliggingen, omdat zij niet langer dan een uur in een bepaalde positie kan liggen. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster uit moet kunnen met minder tijd dan geïndiceerd voor deze zorgactiviteit door gebruikmaking van hulpmiddelen. Ook heeft hij gesteld dat het aantal door de indicierend wijkverpleegkundige geïndiceerde wisselliggingen per nacht niet overeenkomt met de twee nadien door de zorgverlener en de indicierend wijkverpleegkundige aan hem gezonden dagschema's. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard te zijn uitgegaan van het dagschema van de zorgverlener.
- 6.15. De commissie overweegt dat de behoefte aan zorg zoals vastgesteld door de indicierend wijkverpleegkundige behoort overeen te komen met de feitelijke behoefte aan zorg van verzoekster. Dit is, gelet op het dagschema van de zorgverlener waarin wordt uitgegaan van één wisselligging per nacht, en gelet op de verklaring van verzoekster ter zitting dat zij in de nachten ieder uur is aangewezen op een wisselligging, niet het geval. Ter vergelijking: in de indicatie wordt uitgegaan van vier wisselliggingen per nacht, waarbij tien minuten per keer is geïndiceerd. Als gezegd is het dagschema zoals toegestuurd door de indicierend wijkverpleegkundige niet te duiden. Aangezien niet duidelijk is wat de daadwerkelijke behoefte aan wisselliggingen van verzoekster is, is toekenning van een PGB vv op basis van twintig minuten per nacht navolgbaar. De ziektekostenverzekeraar mocht vanuit doelmatigheidsoverwegingen besluiten een PGB vv toe te kennen op basis van een lager aantal minuten dan geïndiceerd.

Aanreiken van medicatie

- 6.16. Verzoekster heeft ter zitting gesteld dat zij haar medicatie niet zelf kan pakken, omdat zij haar handen niet kan gebruiken. Om dezelfde reden is zij niet in staat een baxter te gebruiken. Bovendien verliest verzoekster soms het overzicht als bijwerking van haar medicatie. Dit belemmert het innemen van de medicatie volgens voorschrift. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van het aanreiken van de medicatie aangevoerd dat uit de indicatie niet blijkt dat bij verzoekster sprake is van een zelfzorgtekort op het punt van het innemen van medicatie. Verzoekster zou deze zorg zelf moeten kunnen uitvoeren, eventueel door inzet van hulpmiddelen. Uit het overleg met de indicierend wijkverpleegkundige volgt volgens de ziektekostenverzekeraar dat zij deze zienswijze onderschrijft.

6.17. Het is, als gezegd aan (HBO-)wijkverpleegkundigen, de behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in de zorgverzekering vast te stellen. Door de indicierend wijkverpleegkundige had in dit verband - in het kader van de geneeskundige context - duidelijk moeten worden gemaakt waarom verzoekster niet in staat is de medicatie tot zich te nemen. Een causaal verband met het ontbreken van een handfunctie of het verlies van overzicht door medicatiegebruik volgt niet uit de informatie van de indicierend wijkverpleegkundige. Ook anderszins is niet door de indicierend wijkverpleegkundige onderbouwd waarom verzoekster niet in staat zou zijn de medicatie tot zich te nemen. Tevens had het - wederom in het kader van de geneeskundige context - op de weg van de indicierend wijkverpleegkundige gelegen te onderbouwen dat het zelfzorgtekort niet met inzet van hulpmiddelen kan worden verholpen. In tegenstelling tot hetgeen door verzoekster is gesteld, volgt uit de informatie van de indicierend wijkverpleegkundige dat een eventueel zelfzorgtekort althans ten dele kan worden ondervangen met een baxter. Laatstgenoemde heeft in dat verband verklaard dat geen baxter is geprobeerd, omdat verzoekster niet alle medicatie in tabletvorm gebruikt. Het is echter geen vereiste dat door middel van hulpmiddelen de gehele zorgbehoefte rondom de medicatie wordt ondervangen.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de geneeskundige context van het aanreiken van de medicatie ontbreekt. Dit betekent dat verzoekster hiervoor geen aanspraak heeft op een PGB vv.

6.18. Tussen partijen is niet in geschil dat een geneeskundige context bestaat voor vervanging van de medicinale pleister bij verzoekster, één keer per drie dagen. Deze zorg behoort daarom wél tot de aanspraak verpleging en verzorging en verzoekster heeft voor deze zorg recht op een PGB vv. De indicierend wijkverpleegkundige heeft voor het vervangen van de medicinale pleister geen aparte tijd geïndiceerd. De door de ziektekostenverzekeraar voor deze zorgactiviteit bepaalde tijd, te weten vijftien minuten per week, acht de commissie, gelet op de frequentie van één keer per drie dagen, redelijk.

Maaltijdondersteuning en het bewaken van vocht- en voedselintake


6.19. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van de geïndiceerde maaltijdondersteuning en het bewaken van vocht- en voedselintake aangevoerd dat niet is gebleken dat verzoekster om medische redenen niet zelfstandig kan eten. Daarbij is in het zorgplan aangegeven dat het gewicht van verzoekster onder controle zou zijn. Tevens blijkt daaruit dat verzoekster moet worden gestimuleerd voeding tot zich te nemen. Aldus lijkt sprake van begeleiding en dergelijke zorg behoort tot het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), te meer omdat sprake is van een depressie.

De commissie overweegt dat uit het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige niet blijkt dat verzoekster (somatisch gezien), bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van haar handfunctie, niet in staat is zelf te voorzien in het klaarmaken van maaltijden en bewaken dat zij voldoende vocht en voeding tot zich neemt. De zorg lijkt te zijn geïndiceerd in verband met het gebrek aan eetlust van verzoekster, die het gevolg is van de pijn. In het zorgplan is bovendien vermeld dat verzoekster wordt gestimuleerd te eten en te drinken. De maaltijdondersteuning en het bewaken van vocht- en voedselintake lijken, gelet hierop, samen te hangen met de behoefte aan begeleiding en zelfredzaamheid, zoals bedoeld in de Wmo. De geneeskundige context ontbreekt. Dit laatste lijkt ook door de indicierend wijkverpleegkundige te worden bevestigd in haar e-mailbericht van 7 juni 2019. Hierin geeft zij immers aan te snappen dat 'de maaltijden', waarmee kennelijk wordt bedoeld op 'het stimuleren en klaar maken van maaltijden', onder de Wmo vallen.

De geïndiceerde maaltijdondersteuning en controle op vocht- en voedselinname behoort hiermee niet tot de aanspraak verpleging en verzorging. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv voor deze zorg.

6.20. De ziektekostenverzekeraar mocht totaal 10 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging in mindering brengen op de indicatie. Verzoekster heeft aldus aanspraak op een PGB vv op basis van 15 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week.


Aanvullende ziektekostenverzekering



6.21. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verpleging en verzorging, al dan niet in de vorm van een PGB vv. Het verzoek kan daarom niet worden ingewilligd ten laste van deze verzekering.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 4 november 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verplegingen verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (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 wijze van declaratie en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Dit recht vloeit voort uit:

1. de Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de Zorgverzekeringswet');
2. het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
3. de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling').

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.

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, nader te bepalen.

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het Reglement zijn ontleend aan de meest recente 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.

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

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

Onder deze zorg 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:

- langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
- op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie 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 verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn.
2. u bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.
Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn in de volgende situaties:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-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-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement.
3. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:

- a. U heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. U was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-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-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. U heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. U valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. U heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
 5. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar het oordeel van de verzekeraar niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zal de zorgverzekeraar u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

1. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. U beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. Uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. U verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuze gesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door de verzekeraar wordt georganiseerd;
5. Uit uw aanvraagformulier of het Bewuste -keuze gesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. 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 als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
7. U beschikt over meer dan één indicatie 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. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen 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-pgb

1. De aanvraag van een Zvw-Pgb vindt plaats door indiening van het Zvw-Pgb aanvraagformulier. Dit Zvw-Pgb-aanvraagformulier bestaat uit drie delen:
 - (I) het verpleegkundig deel
 - (II) het verzekerden deel
 - (III) een (wettelijke) vertegenwoordiger
 Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerden deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. In deel III moet u aangeven of sprake is van een (wettelijk) vertegenwoordiger. Op uw aanvraag beschrijft u onder andere op welke wijze u de zorg zult inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid, afhankelijk van wat gezien uw zorgvraag reëel is. U vindt het Pgb-aanvraagformulier op zorgenzekerheid.nl/brochures.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een Bewuste-keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u

voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 27.1 van de polisvoorwaarden, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.

3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door 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;
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener. Indien er capaciteit problemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met de betreffende zorgverzekeraar om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. 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.
5. Indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
6. Indien u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en of uw 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 de verzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u voor dat deel van de zorg geen 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 uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij die de indicaties herbeoordeelt.
9. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) uw in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel 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.
11. In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het ZVW-Pgb wenst te contracteren. Daarbij is het niet mogelijk om zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd voor zorg in natura op basis van het ZVW-Pgb te contracteren. Indien er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgaanbieder zorg in natura aan u levert of Pgb, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuw ZVW-Pgb aan te vragen

Als uw ZVW-Pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.

U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Bij gecontracteerde partijen ontvangt u Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een Zvw-Pgb, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de Zorg in Natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van Zorg in Natura in combinatie met Zvw-PGB, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb 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. de verzekeraar heeft uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 80% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?

- een Hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een Hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- de zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop;
- de zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.2;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg met een minimaal benodigd deskundigheidsniveau;
- de zorg betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- voor het Zvw-pgb gelden hiernaast de voorwaarden volgens het Reglement persoonsgebonden budget;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen;
- verpleging en verzorging ten laste van de zorgverzekeringswet als u aan de voorwaarden van de Wlz voldoet.

Heb ik een verwijzing nodig?

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts;
- voor palliatief terminale zorg is een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U moet vooraf schriftelijk toestemming aanvragen als er meer zorg nodig is dan gemiddeld 12 uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (ZVW-PGB)

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

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

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

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

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en een verwijzing afgegeven voor ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een HBO-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV instelling met inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen maanden. Na 1095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorg instelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk 2 weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorginstelling ontvangt u een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte tot maximaal 75% van het Wmg-(maximum) tarief. Is er geen Wmg-(maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bij het indienen van een restitutenota, moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. Diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Artikel 28 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI als u een matig verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschoeid;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven (loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;

4.2.3 Aansprakelijkheid

- a. wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van handelen of nalaten van uw zorgverlener;
- b. onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen is beperkt tot het bedrag van de kosten die voor ons zouden gelden bij de juiste uitvoering van de zorgverzekering, tenzij sprake is van opzet of grove schuld.

4.3 Recht op zorg als gevolg van terrorisme

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van een terroristische handeling? Mogelijk komt u in aanmerking voor een deel van deze zorg. Hiervoor geldt de volgende regel. Wanneer de totale schade veroorzaakt door terroristische handelingen die in een kalenderjaar worden gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarvoor de Wet op financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting van de Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. hoger is dan waarvoor die maatschappij een herverzekering heeft gesloten, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage wordt door de NHT bepaald en is voor iedere verzekerde gelijk.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak op zorg zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Het kan zijn dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zvw.

Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponeerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via terrorismeverzekerd.nl en zorgzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

4.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Voor het aangaan, aanpassen of beëindigen van uw zorgverzekering verstrekt u persoonsgegevens aan ons. Wij verzamelen en verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van uw zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering. Deze persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Op deze registratie zijn de vigerende privacyregelgeving en de voor ons geldende gedragscodes van toepassing.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

- a. stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgverlener voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
- b. gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
- c. gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgverleners of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
- d. kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met in achtname van de vigerende privacy regelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
- e. voeren in het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

4.5 Hoe gaan wij om met fraude

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde in het Extern verwijzingsregister. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

4.6 Klachten en geschillen

4.6.1 Heeft u een klacht

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen 8 weken een klacht indienen. U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online

klachtenformulier op onze website zorgzekerheid.nl/klacht. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie.

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen 10 weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

4.6.2 [Klachten over onze formulieren](#)

Vindt u dat onze formulieren ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u uw klacht daarover voorleggen aan de NZa. De NZa zal dan een uitspraak doen, die wordt aangemerkt als bindend advies. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen, gebruikt u het volgende adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 [Slotbepaling](#)

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 1 november 2018 met ingang van 1 januari 2019.

- rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225);
- f. En voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt hetgeen is bepaald in 8.e geen toepassing;
 - g. En voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering of op grond van de Wlz;
 - h. De kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek A 3;
 - i. Kosten gemaakt worden voor behandelingen waarvoor van te voren een verwijzing noodzakelijk is en/of toestemming dient te worden aangevraagd en die verwijzing en/of toestemming niet van te voren is aangevraagd noch is afgegeven;
 - j. De zorg verleend wordt door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij Zorg en Zekerheid hieraan voorafgaand toestemming heeft verleend.

9 Dubbele dekking

- a. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding of verstrekkingen indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of, ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden;
- b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de in lid a genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

10 Geschillen

Op deze verzekering is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing. Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt u schriftelijk, binnen 12 weken nadat de beslissing aan u is meegedeeld, een klacht indienen bij:

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Indien u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 1 maand na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG ZEIST

11 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 1 november 2018 met ingang van 1 januari 2019.

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 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.