



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), beëindiging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, 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 2020

Zaaknummer : 202002258

Zittingsdatum : 23 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 17 februari 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 12 mei 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 25 mei 2021 verklaard af te zien van een hoorzitting. De ziektekostenverzekeraar is op 23 juni 2021 gehoord. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 juni 2021 ter kennisname aan partijen gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Extra en AV Tand Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. In oktober 2019 is bij verzoekster een herindicatie gesteld voor 220 minuten (3 uren en 40 minuten) Persoonlijke Verzorging per week. Hierbij is geïndiceerd: nagelverzorging, haarverzorging, mondverzorging, inspectie van de huid en douchen. De indicatie is gesteld voor de periode van 30 november 2019 tot en met 30 november 2021. Vervolgens is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft hierop contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige, maar dit contact is niet tot stand gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een PGB vv aan verzoekster toegekend op basis van de geïndiceerde uren voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2020.
- 3.3. In 2020 is een dossiercontrole gedaan, waarna op 3 september 2020 een huisbezoek aan verzoekster is gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft na dit huisbezoek contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige, maar dit contact is niet tot stand gekomen. Op 19 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster per brief over de uitkomst van het dossieronderzoek en het huisbezoek bericht, en aan haar meegedeeld dat haar PGB vv per 1 december 2020 wordt beëindigd.

- 3.4. Het verslag van het huisbezoek van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"AH: Op huisbezoek bij mevrouw. Ze oogt fit en vitaal en ik zie geen beperkingen in haar bewegingen etc. Loopt soepel. Mevrouw geeft ook aan dat dit klopt. Mevrouw kan door vermoeidheid niks. Ze geeft aan dat dit door de radioloog is bevestigd. Voor mevrouw is het zelfs te vermoeiend om de eigen nagels te vijlen. Als er geen PGB meer zou zijn, zou mevrouw verwaarlozen aldus mevrouw. Mevrouw woont samen in een kleine woning met echtgenoot en kinderen. Dochter zorgt voor mevrouw. Echtgenoot werkt niet."

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing tot beëindiging van haar PGB vv met ingang van 1 december 2020 gevraagd. Op 8 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster voorgesteld een onafhankelijke second opinion te laten uitvoeren door een gecontracteerde wijkverpleegkundige naar haar keuze, waarna een beoordeling van de second opinion door de ziektekostenverzekeraar zou volgen. Verzoekster heeft dit voorstel verworpen.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 22 december 2020 per brief gevraagd om aanvullende informatie. Hierbij is verzocht om:
- (i) een verslag van haar ergotherapeut waaruit zou volgen wat er is gedaan ter bevordering van de zelfzorg en welke hulpmiddelen hiervoor zijn ingezet, of
 - (ii) een verslag van haar fysiotherapeut waaruit volgt welke hulp is gegeven om meer zelfredzaam te worden, én
 - (iii) een medisch journaal van haar huisarts en/of behandelend arts.
- Verzoekster heeft hierop informatie van haar radioloog toegestuurd.

- 3.7. De behandelend radiotherapeut/oncoloog heeft per brief over verzoekster verklaard:

*"(...)
Op verzoek van patiënte stuur ik u deze brief.
Zoals bekend is patiënte in 2005 behandeld vanwege de ziekte van Hodgkin. Gelukkig is sindsdien sprake van een complete remissie, de verwachting is dat dit zo blijft.
Sinds de behandeling is sprake van een chronisch vermoeidheidssyndroom. Dit is na de uitgebreide behandeling met poly-chemotherapie en aanvullende bestraling vaker voorkomend, en helaas blijvend. Deze klachten zijn doorgaans niet objectiveerbaar, maar zeker wel reëel.
Eventuele behandelbare oorzaken (anaemie, hypothyreoidie, cardiale afwijkingen) zijn uitgesloten of afdoende behandeld. Ook heeft via "Herstel en Balans" een behandeling plaatsgevonden, zonder het gewenste effect. Derhalve mogen we niet verwachten dat deze klachten in de toekomst alsnog verbeteren.
Ik begreep dat hulp via een PGB heeft geresulteerd in verbetering van het algeheel functioneren en welbevinden. Ik zou derhalve adviseren deze hulp te continueren. Bij verdere inhoudelijke vragen ben ik uiteraard bereid deze te beantwoorden na een formeel verzoek vanuit de verzekeringsarts.
(...)"*

- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 19 januari 2021 per brief meegedeeld dat hij zijn beslissing tot beëindiging van het PGB vv met ingang van 1 december 2020 handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de beëindiging van het PGB vv per 1 december 2020 ongedaan te maken.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft het chronisch vermoeidheidssyndroom na behandeling van de ziekte van Hodgkin. Zij is hierdoor altijd moe en dat laatste beperkt haar in alles wat zij doet. Verzoekster is bij al haar activiteiten afhankelijk van de hulp van haar zorgverlener. Met de verklaring van haar behandelend radiotherapeut/oncoloog zijn de zorgvraag en de doelmatigheid van de geïndiceerde zorg voldoende aangetoond. Deze arts heeft immers verklaard dat de klachten, hoewel niet objectiveerbaar, reëel zijn. Daarnaast is verklaard dat de zorg heeft geresulteerd in een verbetering van het algeheel functioneren en welbevinden. Tevens volgt uit de verklaring dat het vermoeidheidssyndroom, en dus ook de klachten, van blijvende aard zijn en niet zullen verbeteren. Ergotherapie is in het verleden reeds geprobeerd en heeft toen geen resultaat gehad.

Er heeft geen wijziging plaatsgevonden in de situatie van verzoekster. De indicatie moet aldus nog steeds als passend worden gezien bij haar zorgvraag. De zorg die verzoekster ontvangt helpt alleen om haar leven te vergemakkelijken, maar verhelpt de klachten niet, aangezien deze blijvend van aard zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend radiotherapeut/oncoloog niet benaderd met vragen, ondanks dat hij zich uitdrukkelijk bereid heeft verklaard deze te beantwoorden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. Het PGB vv van verzoekster is terecht beëindigd per 1 december 2020 op grond van artikel 8.1.1., onder h, in combinatie met artikel 3.1.8. van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (verder: het reglement).

De beslissing tot beëindiging is zorgvuldig tot stand gekomen. De ziektekostenverzekeraar had twijfels over de aanspraak van verzoekster op een PGB vv en heeft daarom in eerste instantie contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige. Dit contact is niet tot stand gekomen. Hierop is besloten het PGB vv toe te kennen, maar met de aantekening in 2020 een huisbezoek in te plannen. Mogelijk is verzoekster destijds het voordeel van de twijfel gegund, omdat het afleggen van een huisbezoek zou hebben geleid tot vertraging en zij al eerder een PGB vv had. Nadat dossieronderzoek was gedaan en een huisbezoek aan verzoekster was gebracht, waartoe de artikelen 7.6 en 7.14 van het reglement de mogelijkheid gaven, is opnieuw contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige. Zij wilde echter niet haar medewerking verlenen.

Op basis van het verrichte dossieronderzoek en het daaropvolgende huisbezoek is vastgesteld dat verzoekster geen indicatie meer heeft voor een PGB vv. Haar zorgvraag is onvoldoende aangetoond, en dit geldt eveneens voor de doelmatigheid van de geïndiceerde zorg. Het is niet duidelijk waarom verzoekster de geïndiceerde zorg niet zelf kan uitvoeren. De beperkingen die verzoekster door het chronisch vermoeidheidssyndroom ondervindt, zijn niet voldoende (medisch) onderbouwd. Omschrijvingen door behandelaren zoals een ergotherapeut, fysiotherapeut en/of huisarts van de beperkingen die zij ervaart, ontbreken. In het zorgplan staat bovendien beschreven dat de ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) tot doel heeft 'energie

hebben voor dagelijkse activiteiten'. Hieruit blijkt dat verzoekster de zorg wel zelfstandig kan uitvoeren. Ook is niet duidelijk waarom het geïndiceerde zelfzorgtekort niet door inzet van voorliggende voorzieningen als hulpmiddelen, fysiotherapie en ergotherapie kan worden opgeheven. Uit het zorgplan blijkt niet dat dergelijke voorliggende voorzieningen zijn geprobeerd.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft met het oog op het voorgaande een second opinion geopperd en verzocht om aanvullende informatie. De gevraagde aanvullende informatie is niet aangeleverd en verzoekster heeft om haar moverende redenen afgezien van een second opinion. De indicierend wijkverpleegkundige heeft voorts geen medewerking verleend aan overleg na het huisbezoek.

Overwegingen commissie

- 6.5. Tussen partijen is in geschil of de ziektekostenverzekeraar het PGB vv van verzoekster met ingang van 1 december 2020 mocht beëindigen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard zich te beroepen op de beëindigingsgrond zoals vermeld in artikel 8.1.1, onderdeel h, in samenhang gelezen met artikel 3.1.8. van zijn reglement. Deze grond doet zich voor als de ziektekostenverzekeraar constateert dat de indicatie van een verzekerde niet (meer) passend is bij zijn of haar zorgvraag.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar had reeds bij de initiële beoordeling van de aanvraag twijfel over de aanspraak van verzoekster op een PGB vv. Hij heeft in dit verband telefonisch informatie proberen in te winnen bij de indicierend wijkverpleegkundige, maar dit is niet gelukt. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens ten voordele van verzoekster besloten de aanvraag conform de gestelde indicatie toe te kennen, echter voor de periode tot en met 31 december 2020 in plaats van tot en met 30 november 2021. Verzoekster is hiertegen niet opgekomen, zodat genoemde einddatum voor de commissie een gegeven vormt. De ziektekostenverzekeraar heeft ten tijde van de toekenning niet met verzoekster gecommuniceerd dat hij twijfels had over haar aanspraak op een PGB vv. Evenmin heeft hij haar meegedeeld dat hij, ter verdere beoordeling van de aanspraak, voornemens was op een later moment nog een huisbezoek af te leggen. Verzoekster mocht er op basis van de afgegeven toekenning dan ook gerechtvaardigd erop vertrouwen dat zij, bij ongewijzigde omstandigheden, tot en met 31 december 2020 aanspraak zou hebben op een PGB vv. Van gewijzigde omstandigheden is niet gebleken. De indicatie was gedurende het hele jaar 2020 geldig, en door verzoekster is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar is niet betwist, dat haar (fysieke) situatie vanaf de indicatiestelling tot eind 2020 niet is gewijzigd. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv van verzoekster, niettegenstaande de beëindigingsgrond zoals vermeld in artikel 8.1.1, onderdeel h, in samenhang gelezen met artikel 3.1.8. van zijn reglement, niet mocht beëindigen vóór 31 december 2020. Wat betreft de aanspraak van verzoekster op een PGB vv ná 31 december 2020, geldt het volgende.
- 6.7. Als gezegd, had de ziektekostenverzekeraar van meet af aan twijfels over de aanspraak van verzoekster op een PGB vv. Hij heeft in eerste instantie contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige en, toen dat niet mogelijk bleek, na toekenning een dossiercontrole uitgevoerd en een huisbezoek aan verzoekster gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft het verslag van het huisbezoek gevoegd bij zijn verweerschrift van 10 mei 2021. Verzoekster had de mogelijkheid hierop ter zitting te reageren, maar heeft ervoor gekozen niet aan de hoorzitting deel te nemen. Hiermee vormt de inhoud van het verslag van het huisbezoek van de ziektekostenverzekeraar voor de commissie een gegeven. Het moet er dan ook voor worden gehouden dat verzoekster ten tijde van het huisbezoek fit en vitaal oogde, en soepel liep, zoals wordt gesteld in het verslag. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van het huisbezoek opnieuw contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige, maar deze heeft geen medewerking verleend. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op het verzoek om heroverweging van verzoekster, voorgesteld een second opinion te laten uitvoeren. Hieraan heeft verzoekster geen medewerking verleend. Hierna heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om aanvullende informatie. De gevraagde informatie, te weten een verslag van de ergotherapeut of fysiotherapeut en het medisch journaal van de huisarts en/of behandelend medisch specialist, heeft verzoekster niet aangeleverd.



Deze omstandigheden in onderling verband beschouwd, leiden ertoe dat verzoekster de twijfel omtrent haar aanspraak op verpleging en persoonlijke verzorging niet heeft weggenomen. De ziektekostenverzekeraar mocht met ingang van 1 januari 2021 dan ook besluiten niet opnieuw een PGB vv aan haar toe te kennen.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de beëindiging van het PGB vv van verzoekster voor de periode van 1 december 2020 tot en met 31 december 2020 ongedaan te maken;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 7 juli 2021,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Vertegenwoordiger

Uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die u op eigen kracht als uw vertegenwoordiger aanwijst en die niet aan de definitie van wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Wettelijk vertegenwoordiger

Een van de ouders voor zover deze het ouderlijk gezag heeft (voor een persoon jonger dan 18 jaar) of een door de Rechtbank vastgestelde voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zvw

Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Voorwaarden voor toegang tot het pgb**2.1 Doelgroep**

U behoort tot een van de volgende doelgroepen:

- a. U bent langdurig (langer dan een jaar) aangewezen op verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 3.21 van de polisvoorwaarden van de basisverzekering;
- b. U bent aangewezen op palliatieve terminale zorg. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

2.2 Overige voorwaarden voor toegang tot het pgb

2.2.1 U dient aan alle in artikel 2.2.2 t/m 2.2.6 genoemde voorwaarden te voldoen. Mocht u hier naar ons oordeel niet aan voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb verlenen, of aanvullende eisen stellen waaraan u moet voldoen om alsnog of opnieuw in aanmerking te komen voor een pgb.

2.2.2 U heeft een geldige indicatie voor verpleging en verzorging, die op het moment van ontvangst van uw pgb-aanvraag niet ouder is dan drie maanden. Voor deze indicatie geldt het volgende:

a. er moet sprake zijn van een onafhankelijke indicatiestelling door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige of een verpleegkundig specialist. Als het om medische kindzorg gaat dan dient de indicerende een HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde te zijn, werkzaam bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ). De indicatiesteller moet daarnaast werkzaam zijn voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. De indicatie moet in uw eigen omgeving en in uw aanwezigheid zijn gesteld. Voor medische kindzorg geldt dat de indicatie is gesteld in aanwezigheid van zowel het kind als (een van) de ouders of een andere wettelijke vertegenwoordiger. Wij accepteren geen indicaties die zijn gesteld door uw partner, door uw (wettelijke) vertegenwoordiger, door een familielid in de eerste of tweede graad of door een natuurlijke persoon die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren en die niet werkzaam is voor een door ons voor verpleging en verzorging gecontracteerde zorgaanbieder. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij in dit artikel stellen, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen;

b. als u naast uw pgb ook gebruikmaakt van verpleging en verzorging door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg rechtstreeks bij ons declareert, mag de indicatie voor uw totale zorgbehoefte slechts door één zorgaanbieder zijn gesteld. U heeft dan één indicatie voor uw totale behoefte aan verpleging en verzorging.

2.2.3 U bent in staat met het pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.

2.2.4 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op nakoming van de afgesloten contracten. In onder meer de volgende situaties beoordelen wij of u aan deze voorwaarde voldoet:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zvw of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend pgb op grond van de Zvw, Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
- d. u heeft surséance van betaling aangevraagd;

e. u heeft een betalingsachterstand in de premie van meer dan vier maanden.

2.2.5 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger de door u gecontracteerde zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.

2.2.6 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

Artikel 3 Wanneer kennen wij een pgb niet toe (weigeringsgronden)

3.1 Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen en de voorwaarden van uw basisverzekering, kennen wij u geen pgb toe als een van de volgende situaties van toepassing is:

3.1.1 u wilt alleen maar zorg of andere diensten inkopen bij zorgaanbieders die met ons een contract hebben gesloten voor het leveren van deze zorg of diensten;

3.1.2 u verleent geen of onvoldoende medewerking aan een door ons georganiseerd 'Bewust Keuzegesprek' of aan een huisbezoek;

3.1.3 u bent bij de eerdere verstrekking van een pgb op grond van de Zvw niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;

3.1.4 de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen is op u, of, als u jonger dan achttien jaar bent, op één van uw ouders of voogden, van toepassing verklaard, of er is daartoe een verzoek bij de Rechtbank ingediend;

3.1.5 u bent failliet verklaard, of, als u jonger dan achttien jaar bent, één van uw ouders of voogden;

3.1.6 u schakelt een vertegenwoordiger in die niet voldoet aan de definitie van (wettelijk) vertegenwoordiger zoals opgenomen in artikel 1;

3.1.7 u wilt met uw pgb uitsluitend zorg inkopen bij uw wettelijke vertegenwoordiger die niet uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad is;

3.1.8 wij constateren dat uw indicatie niet (meer) passend is bij uw zorgvraag.

3.1.9 u heeft volgens de basisregistratie personen geen woonadres;

3.1.10 uw vrijheid is u rehtens (op grond van wet- en regelgeving) ontnomen;

3.1.11 u ontvangt verpleging en verzorging van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en wilt daarnaast een pgb voor een deel van de geïndiceerde zorg.

3.2 Als u een (wettelijke) vertegenwoordiger inschakelt kunnen wij u een pgb weigeren als wij een gegronde reden hebben om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

a. tegen betaling uw pgb beheert;

b. bij een eerder pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;

c. volgens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;

d. zijn vrijheid is ontnomen;

e. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, of een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;

f. failliet is verklaard, of;

g. op een andere wijze onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen.

Artikel 4 Hoe kunt u een pgb aanvragen

4.1 Als u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2, komt u in aanmerking voor een pgb. U kunt een pgb aanvragen door middel van het indienen van het pgb-aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: het deel voor de verpleegkundige (deel 1) en het deel voor de verzekerde (deel 2). De formulieren voor het aanvragen van een pgb vindt u op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u deze ook toesturen.

4.2 Het verpleegkundig deel moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. In dit deel van het aanvraagformulier vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.

4.3 In het verzekerde deel geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en/of verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt maken en voor hoeveel uren. Ook kunt u hierin aangeven hoeveel uren u zelf inkoopt met uw pgb en hoeveel uren u gebruik wilt maken van door ons gecontracteerde zorg.

4.4 Het aanvraagformulier bestaande uit deel 1 en 2 moet u in zijn geheel volledig ingevuld en ondertekend naar ons opsturen. Daarnaast kunnen wij u in het kader van het beoordelen van uw aanvraag uitnodigen voor een zogenoemd 'Bewust Keuzegesprek'. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb-aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren over wat de keuze voor u betekent. Dit gesprek kan ook telefonisch plaatsvinden. Vervolgens beoordeelt De Friesland de aanvraag voor het pgb op basis van alle delen van het aanvraagformulier en het 'Bewust Keuzegesprek'.

4.5 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, kunnen wij uw aanvraag niet beoordelen.

7.6 U bent verplicht ons op ons verzoek gegevens uit het dossier bedoeld in artikel 7.5 te overhandigen.

7.7 Als uw huidige indicatie verloopt, bent u zelf verantwoordelijk voor het tijdig bij uw verpleegkundige aanvragen van een nieuwe indicatie. Met tijdig bedoelen wij dat u voldoende tijd heeft om de overeenkomsten met uw zorgverleners aan te passen, als de indicatie wijzigt.

7.8 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt en uw huidige indicatie nog niet is verlopen, moet u meteen een nieuwe indicatie aanvragen bij uw verpleegkundige. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als om een verbetering van uw gezondheidssituatie.

7.9 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode een of meer buitenlandse zorgaanbieders inkopen met uw pgb, dan moet u dit schriftelijk vooraf bij ons melden.

7.10 U bent verplicht de volgende wijzigingen meteen aan ons door te geven:

a. U voldoet niet meer aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;

b. U heeft een gewijzigde indicatie ontvangen. In dat geval bent u ook verplicht een volledige nieuwe aanvraag in te dienen zoals bedoeld in artikel 4;

c. U heeft een indicatie voor de Wlz ontvangen;

d. U besluit gedurende de looptijd van het pgb voor een deel van uw huidige indicatie gebruik te maken van zorg in natura of via restitutie door een door ons gecontracteerde of niet gecontracteerde zorgaanbieder;

e. U heeft voor verpleging en verzorging een combinatie van pgb en zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en pgb en de verhouding tussen het aantal uren gecontracteerde zorg en pgb wijzigt.

f. U ontvangt nog uitsluitend verpleging en verzorging van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);

g. U krijgt gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger of u krijgt voor het eerst een (wettelijke) vertegenwoordiger;

h. U heeft gedurende de looptijd van het pgb geen (wettelijke) vertegenwoordiger meer.

7.11 Als er sprake is van een van de situaties genoemd in artikel 7.10 onder a. of c. t/m h., kunt u dit aan ons doorgeven door middel van het toesturen van het wijzigingsformulier dat u op onze website vindt. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.

7.12 U bent verplicht minstens eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, ontvangt u een nieuwe indicatie en moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals bedoeld in de artikelen 4.1 t/m 4.4.

7.13 Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur, kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

7.14 U bent verplicht mee te werken aan een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn.

Artikel 8 Herziening, intrekking en beëindiging

8.1 Gronden voor herziening of intrekking

8.1.1 Wij kunnen uw pgb herzien of intrekken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning in een van de volgende situaties:

a. u heeft onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens zou tot een andere beslissing hebben geleid;

b. u kunt onvoldoende aannemelijk maken dat met het pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;

c. u stelt de door ons gevraagde informatie niet of niet tijdig ter beschikking;

d. u werkt niet of onvoldoende mee aan een dossieronderzoek;

e. wij constateren bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en regelgeving;

f. wij constateren dat u naast uw pgb verpleging en verzorging van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt en u heeft dit niet aan ons gemeld;

g. u heeft zich niet gehouden aan de verplichtingen zoals opgenomen in dit reglement;

h. u voldoet aan een van de weigeringsgronden zoals genoemd in artikel 3.

8.2 Wanneer eindigt uw pgb

8.2.1 Uw pgb eindigt automatisch per de datum waarop:

a. uw indicatie voor verpleging en verzorging waarop de toekenning is gebaseerd eindigt;

b. de periode waarover het pgb is toegekend afloopt;

c. u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;

d. u ons verzoekt het pgb te beëindigen;

e. u langer dan zestig dagen verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van uw basisverzekering.

f. u uitsluitend verpleging en verzorging ontvangt van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);

Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

Let op! Met verloskundige zorg en kraamzorg samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek of ziekenvervoer, tellen wel mee voor het eigen risico.

3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Deze zorg moet noodzakelijk zijn in verband met de behoefte aan of een hoog risico op behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in deze polis, met uitzondering van kraamzorg. Tot deze zorg behoort niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Ook palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase) maakt deel uit van deze zorg. Er is sprake van palliatieve terminale zorg als de behandelend arts heeft vastgesteld dat de palliatieve fase is aangebroken en dit is vastgelegd in uw zorgplan. Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

Tip! Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandelend arts of casemanagement dementie nodig is. Deze zorg is onderdeel van Verpleging en verzorging zonder verblijf.

Uitsluiting

U heeft geen recht op zorg die in redelijkheid naar algemeen aanvaarde opvattingen en op basis van hun belasting en belastbaarheid mag worden verwacht van uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning deelt.

Persoonsgebonden budget

In plaats van recht op zorg kunt u desgevraagd ook kiezen voor een passende vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in dit artikel. Met een pgb koopt u zelf de benodigde zorg in en vergoeden wij achteraf de kosten van de zorg (restitutie). Hieraan zijn echter wel bepaalde voorwaarden verbonden. Deze vindt u in

het Reglement PGB Verpleging en Verzorging. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kunt u raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een verpleegkundige of een verzorgende werkzaam voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Een verzorgende mag uitsluitend persoonlijke en oproepbare verzorging verlenen. Als u gebruikmaakt van een pgb mag u ook gebruikmaken van andere zorgverleners.

Een indicatie dient, ook als u gebruikmaakt van een pgb, te worden gesteld door minimaal een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige op basis van het hiervoor opgestelde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Begrippenkader Indicatieproces. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij de wijkverpleegkundige in samenspraak met u bepaalt welke zorg u nodig heeft in uw individuele situatie en welke resultaten binnen welke termijn worden verwacht. De indicerende moet daarnaast werkzaam zijn voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Als het om medische kindzorg gaat dan dient de indicerende een HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde te zijn, werkzaam bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ). Wij accepteren geen indicatie van een indicerende die niet aan deze voorwaarden voldoet. Een indicatie moet altijd in uw eigen omgeving en in uw aanwezigheid worden gesteld. Voor kinderen onder de 18 geldt dat de indicatie wordt gesteld in de aanwezigheid van het kind en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verzorgende is een Verzorgende-IG/niveau 3 verzorgende die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Een HBO-verpleegkundige is een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en in het bezit is van een HBO-diploma Verpleegkunde.

Toestemming vooraf

Als u verpleging en verzorging wilt ontvangen van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Het aanvraagformulier kunt u vinden op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd

Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.22 Ziekenvervoer

3.22.1 Ambulancevervoer

Inhoud zorg

U heeft recht op ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in de Wet ambulancevervoer of per helikopter, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
- c. naar een zorgaanbieder, als u jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van uw gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
- d. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
- e. naar uw woning, of een andere woning als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a.t/m d.

Ambulancevervoer moet zijn goedgekeurd door de meldkamer.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft volgens de Wet Ambulancevervoer.

Toestemming vooraf

Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor liggend vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.

- c. vindt registratie plaats in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signaleringsstelsysteem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.12 Geschillen

- a. Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, dan kunt u binnen een jaar nadat die beslissing u is meegedeeld De Friesland vragen om de beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan het Herbeoordelingsteam van De Friesland. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Ombudsman van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Via internet: www.skgz.nl en info@skgz.nl of telefonisch: (088) 90 06 900. De Ombudsman neemt uw klacht door en zoekt uit of er aanknopingspunten zijn om in de klacht te bemiddelen. Deze bemiddeling is voor u als verzekerde gratis. Als de Ombudsman geen bemiddelingsruimte ziet, kunt u de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de SKGZ. Als u een bindend advies van de Geschillencommissie van de SKGZ wilt ontvangen, bent u entreegeld verschuldigd. De SKGZ stelt voorwaarden aan uw verzoek voordat het in behandeling kan worden genomen. Voor de exacte voorwaarden verwijzen wij naar de website van de SKGZ: www.skgz.nl.
- b. U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst het geschil aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.13 Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie-instantie. In geen geval mag u zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor De Friesland in zijn rechten kan worden geschaad. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht De Friesland de daardoor geleden schade te vergoeden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.