



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), zorgplan volgens voorwaarden V&VN

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.26a tot en met 2.26c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000374

Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mail van 8 mei 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 30 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 31 juli 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 31 augustus 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020033796) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 1 september 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 29 september 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 19 oktober 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 20 november 2020 een nieuw zorgplan opgestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop op 3 december 2020 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 4 december 2020 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster ontvangt al enkele jaren een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Eind 2018 heeft zij door een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen. Daarna is een aanvraag gedaan voor verlenging van het PGB vv met ingang van 1 februari 2019.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzoekster verklaard:

"(...) Huidzorg

- *Mantelzorg*er helpt mw in de ochtend en avond bij het aan-/uittrekken van de steunkousen.
- *Mantelzorg*er smeert in de avond de benen in van mw (...)
- *Mantelzorg*er meet 1x per dag de vitale functies (bloeddruk, zuurstof en lichaamstemperatuur) van mw om deze te monitoren. In dien nodig vaker dan 1x per dag. (...)
- *Mantelzorg*er biedt ondersteuning bij de transfers waar nodig.
- *Mantelzorg*er neemt de tijd om de transfers op een veilig[e] manier te laten verlopen. (...)
- *Mantelzorg*er smeert 3x daags de huid van mw in met de voorgeschreven zalven. (...)
- *Mantelzorg*er ondersteunt mw. bij de toiletgang.
- *Mantelzorg*er verwisselt het incontinentiemateriaal zo nodig. (...)
- *Mantelzorg*er koppelt in de ochtend het TENS-apparaat aan.
- *Mantelzorg*er koppelt in de avond het TENS-apparaat af. (...)
- *Mantelzorg*er reikt de medicatie uit de baxterrol op de voorgeschreven tijden aan (4x per dag).
- *Mantelzorg*er draagt zorg voor het toedienen van de oogdruppels (3x per dag).
- *Mantelzorg*er draag zorg voor het toedienen van de puffjes (2x per dag). (...)
- *Mantelzorg*er draagt zorg voor de maaltijden (3x daags).
- *Mantelzorg*er draagt zorg voor de boodschappen. (...)
- *Mantelzorg*er ondersteunt mw dagelijks in de ochtend met het wassen/douchen;
- *Mantelzorg*er ondersteunt mw bij het aankleden.
- *Mantelzorg*er helpt mw met het insmeren van de huid (...)
- *Mantelzorg*er ondersteunt mw dagelijks bij het klaarmaken voor de nacht;
- *Mantelzorg*er ondersteunt mw bij het omkleden in nachtkledij.
- *Mantelzorg*er verfrist mw naar wens op. (...)"

De wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld van 39 uren Persoonlijke Verzorging per week.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 juli 2019 aan verzoekster meegedeeld dat het PGB vv niet wordt verlengd.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 10 oktober 2019 en 28 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 31 augustus 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verweerder voert aan dat het zorgplan niet voldoet aan het V&VN normenkader (Normenkader). Het Normenkader is een richtinggevend document en beschrijft onder andere het verpleegkundig proces en de begrippen die hierin aan de orde komen. Het Normenkader moet gevolgd worden, maar het Zorginstituut kan niet specifiek beoordelen of een indicatie voldoet aan (een van) de normen van het Normenkader. Het Zorginstituut beoordeelt op basis van zijn wettelijke adviestaak of de zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket en of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Voor geschillen met betrekking tot een PGB vv betekent dat het Zorginstituut beoordeelt of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en of deze samenhangt met een 'behoefte aan geneeskundige zorg' (een geneeskundige context).

In het dossier zijn twee aanvragen voor PGB vv met bijbehorende zorgplannen aanwezig. Enige vorm van medische informatie ontbreekt echter.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering."

3.7. Het Zorginstituut heeft op 19 oktober 2020 per brief over verzoekster verklaard:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

In het voorlopig advies concludeerde het Zorginstituut dat geen sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de indicatie te onderbouwen. Het voorlopig advies van het Zorginstituut wijzigt niet nu de indicierend wijkverpleegkundige geen nadere onderbouwing heeft aangeleverd. Het verslag van de ergotherapeut had meegenomen kunnen worden in het zorgplan en gebruikt kunnen worden als onderbouwing van de geïndiceerde zorg. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog met ingang van 1 februari 2019 toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 A17 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster voert aan dat zij vóór de huidige aanvraag tot verlenging van het PGB vv al twee jaar een PGB vv van de ziektekostenverzekeraar ontving. In 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar bij haar een huisbezoek afgelegd, waarbij al werd aangegeven dat de op dat moment geïndiceerde 33 uren zorg er waarschijnlijk teveel waren. De wijkverpleegkundige is hierna echter uitgekomen op 39 uren Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar kwam vervolgens opnieuw langs voor een Bewust Keuze Gesprek. Bij die gelegenheid werd verzoekster meegedeeld dat met de wijkverpleegkundige zou worden gesproken, omdat het aantal geïndiceerde uren te hoog werd geacht.

6.3. De wijkverpleegkundige heeft verzoekster meegedeeld dat zij is gebeld door de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar is gevraagd hoe zij tot de indicatie is gekomen. De wijkverpleegkundige staat achter de gestelde indicatie, en heeft de zorg heel zorgvuldig opnieuw in kaart gebracht. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de indicatiestelling niet aan de regels van de beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN). Deze regels dateren echter van maart 2019, terwijl de indicatie is gesteld in december 2018. De wijkverpleegkundige heeft de indicatie diverse keren aangepast om aan de


wensen van de ziektekostenverzekeraar te voldoen, maar zij werden het maar niet eens. De ziektekostenverzekeraar bleef het aantal uren te hoog vinden. Zonder inkomsten kan echter geen zorg aan verzoekster worden gegeven, en dat levert een onverantwoorde situatie op.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat voor verzoekster verschillende aanvragen zijn ingediend om het PGB vv te verlengen. Hieruit is gebleken dat de indicatie niet is gesteld op de wijze zoals deze is voorgeschreven door de V&VN. In artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is bepaald dat een PGB vv kan worden verstrekt voor zover het gaat om zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De zorgvraag moet in het zorgplan zijn onderbouwd. Dat is bij verzoekster niet het geval. In het zorgplan ontbreken de gestelde medische diagnoses met de daaruit voortkomende beperkingen en beleid, de doelen van de zorg en de medische noodzaak voor verpleging of verzorging. Als voorbeeld noemt de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoekster elke dag de bloeddruk wordt gemeten, terwijl geen medicatie is voorgeschreven voor een hoge bloeddruk of hartklachten.
- 6.5. Verder is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de tijden die zijn geïndiceerd voor de zorg te hoog zijn. Dit is ook met de indicerend wijkverpleegkundige besproken. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid is aan te raden dat de wijkverpleegkundige het zorgplan afstemt met de medisch specialisten waarbij verzoekster onder behandeling is.

Overwegingen

- 6.6. De commissie overweegt dat artikel 5.5 van het reglement bepaalt dat de indicerend wijkverpleegkundige zich moet houden aan de normen voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Anders dan verzoekster heeft aangevoerd, gaat het hierbij niet om normen die pas zijn opgesteld in maart 2019, maar die binnen de beroepsgroep al golden ten tijde van de indicatiestelling. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het zorgplan onvoldoende onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om medische gegevens waaruit de zorgvraag van verzoekster blijkt, en hij heeft diverse keren contact gehad met de wijkverpleegkundige om na te gaan op grond waarvan het PGB vv nodig is. Vast staat dat verzoekster de benodigde informatie niet heeft aangeleverd, zoals ook volgt uit het definitieve advies van het Zorginstituut van 19 oktober 2020. Pas na afloop van het definitief advies van het Zorginstituut heeft zij een aangepast zorgplan met dagtekening 19 november 2020 opgestuurd. In reactie op dit aangepaste zorgplan heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de aanvragen in het voorliggende geschil dateren van 2 januari, 17 april en 19 september 2019 en dat het aangepaste zorgplan van 19 november 2020 niet met terugwerkende kracht kan dienen als onderbouwing van genoemde aanvragen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het aangepaste zorgplan nog onvoldoende onderbouwd is.
- 6.7. De commissie overweegt dat bij het aangepaste zorgplan van 19 november 2020 feitelijk sprake is van een nieuwe aanvraag voor een PGB vv. Niet alleen wijkt de inhoudelijke onderbouwing van de zorgbehoefte af, zodat het om méér gaat dan uitsluitend een toelichting, maar bovendien ziet het laatst ingediende zorgplan op een andere periode, te weten het tijdvak van 21 februari 2019 tot 21 februari 2021.
- Uit artikel 114, tweede lid, Zvw volgt dat de commissie een geschil slechts in behandeling kan nemen nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen. Aan deze eis is, nu hiervoor is vastgesteld dat het gaat om een nieuwe aanvraag, niet voldaan. Voor zover de reactie van de ziektekostenverzekeraar is aan te merken als een afwijzende beslissing, ontbreken in ieder geval een verzoek om heroverweging en de reactie van de ziektekostenverzekeraar hierop. Dit betekent dat de hiervoor genoemde stukken noch in het kader van het voorliggende geschil noch als onderdeel van een nieuw geschil – te weten over een volgende aanvraag - in de beoordeling kunnen worden betrokken.

 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2020,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Welke zorg

U heeft recht op:

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

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

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing

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

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

Let op

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

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

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

Welke zorg

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

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

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

i Let op

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

Persoonsgebonden budget

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

Welke zorgaanbieder

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

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

Indicatie en zorgplan

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

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

Toestemming

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

Advies

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

Voorwaardelijke toelating

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

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

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

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

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

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

Welke zorg

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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