

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, informatieplicht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10, 2.15a t/m 2.15c Bzv,
2.29a t/m 2.29 Rzv
Zaaknummer : 202101640
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 11 augustus 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 27 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 oktober 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Op 16 november 2021 heeft verzoekster per brief een aanvullende reactie gegeven. Een afschrift hiervan is op 19 november 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Op 23 november 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2021041004) uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 november 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Op 11 januari 2022 heeft verzoekster per brief gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze brief is op 12 januari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. Op 24 januari 2022 en op 8 februari 2022 heeft de commissie aanvullende reacties van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 28 februari 2022 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 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Basis Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Beter en VGZ Tand Goed. De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 35 minuten verpleging en 16 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 21 januari 2021 tot en met 21 januari 2022.
- 3.3. In het zorgplan - dat deel uitmaakt van de voornoemde aanvraag - heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoekster verklaard, voor zover hier relevant:
 "(...) *Circulatie*

Toelichting:

P: oedeem (vochtophoping in de benen) en verhoogde kans op spataderen.

E: veneuze malformatie/circulatieprobleem.

S: vocht in rechter been, huid staat strak.

(...)

Hartzorg

- Steunkous/broek wordt dagelijks in de ochtend uitgetrokken volgens protocol met behulp van een aantrek hulpmiddel;

- Steunkous/broek wordt dagelijks in de avond uitgetrokken volgens protocol met behulp van een uittrek hulpmiddel;

- Tussendoor wordt de broek ook nog uit- en daarna weer aangetrokken. Per moment kijken wat wenselijk is en in hoeverre het been het accepteert en de pijn dragelijk is;

- Observatie van de dikte van het rechter[been];

- Indien vocht toeneemt, wordt de behandelaar ingeschakeld voor verder beleid.

Indicatiestelling: dagelijks 30 min PV (tijd over de gehele dag genomen omdat de broek meerdere keren aan en uit gaat).

(...)

Neuro/musculaire/skelet functie

Toelichting:

P: risico op letsel (valgevaar).

E: immobiliteit bij veneuze malformatie.

S: is bang om te vallen, kan rechter been niet belasten, staat onstabiel op de benen, (bijna) valpartijen.

Mobiliteit/transfer

- Mw wordt ondersteund bij mobiliteit (opstaan indien nodig);

- Angst om te vallen wordt besproken met mw;

- Ergo wordt ingezet om angst bij vallen te beperken en een passende rolstoel voor mw aan te vragen;

- Mw krijgt toereikende pijnstilling.

Indicatiestelling: tijd opgenomen in algehele indicatie.

(...)

Pijn

Toelichting:

P: chronische pijn.

E: veneuze malformatie en slijtage van kraakbeen in rechter knie.

S: mw geeft aan dat de pijn al meer dan 6 maanden aanhoudt.

Signalen/symptomen fysiek

- Mw neemt haar pijnstilling in;
- Mw krijgt ondersteuning waar nodig (ADL/mobiliseren);
- Er vindt overleg plaats met huisarts over eventueel bijstellen van de pijnmedicatie indien mogelijk.

Indicatiestelling: tijd opgenomen in algehele indicatie.

(...)

Huid

Toelichting:

P: verhoogd risico op laesie van de opperhuid

E: verminderde mobiliteit.

S: verhoogde kans op drukplekken.

Huidzorg

- Dagelijks inspectie van de huid op huiddefecten en eventuele doorligplekken;
- 1x per dag in de avond huid van beide benen insmeren met crème om verdere uitdroging te voorkomen;
- Observatie incontinentie (zie urinewegfunctie);
- Indien nodig contact met huisarts voor verder beleid;
- Gebruik bij het wassen neutrale niet ontvettende zeep.

Indicatiestelling: tijd opgenomen in algehele indicatie.

(...)

Persoonlijke zorg

Toelichting:

P: Zelfzorgtekort: wassen/lichaamsverzorging/kleden, niet volledig in staat om activiteiten uit te voeren die nodig zijn bij het zich wassen/de eigen lichaamsverzorging/kleden.

E: verlies van zelfzorg t.g.v. multi morbiditeit.

S: mw heeft moeite met douchen en aan- en uitkleden, toiletgang.

Persoonlijke hygiëne

- Wordt dagelijks in de ochtend geholpen bij het wassen/douchen en aan- en uitkleden;
- Laat mw zich wassen tot voor zover zij dat kan, geef mw hier ook de tijd en ruimte voor om eigen functies te behouden;
- Adviseer mw hoe zij het beste kan douchen/wassen waardoor mw zo min mogelijk wordt belast en haar zelfredzaamheid toeneemt;
- Hulp op geleiden van energie en pijn;
- Bevordering optimale deelname aan zelfzorgactiviteiten;
- Bevordering gevoel van eigenwaarde en laat mw zelf keuzes maken. Zorg voor keuzemogelijkheden en vraag naar voorkeuren tijdens zelfzorgactiviteiten.

Indicatiestelling: dagelijks 40 minuten PV (incl toiletgang en transfers).

(...)

Persoonlijke hygiëne

- Mw wordt dagelijks in de avond geholpen met het omkleden voor de nacht;
- Opfrissen indien nodig en/of wenselijk;
- Adviseer mw hoe zij het beste kan omkleden waardoor mw zo min mogelijk wordt belast en haar zelfredzaamheid toeneemt;
- Hulp op geleiden van energie en pijn;
- Bevordering optimale deelname aan zelfzorgactiviteiten;
- Bevordering gevoel van eigenwaarde en laat mw zelf keuzes maken. Zorg voor keuzemogelijkheden en vraag naar voorkeuren tijdens zelfzorgactiviteiten.

Indicatiestelling: dagelijks 25 minuten PV (incl toiletgang en transfers)

(...)

Persoonlijke hygiëne

- Mw wordt naar het toilet geholpen en ook geholpen met hygiëne indien nodig;
- Incontinentiemateriaal wordt gewisseld indien nodig.

Indicatiestelling: 3x per dag 15 minuten PV (inclusief transfers)

(...)

Medicatie

Toelichting:

P: ontoereikend naleven van medicijnvoorschriften die in het kader van de behandeling zijn voorgeschreven met een verhoogd risico op medicijn incidenten als gevolg.

E: angst voor injecties zetten.

S: durft niet zelf de injectie te zetten, wordt duizelig.

Medicatieoediening

- Mw krijgt 1x per dag haar fraxiparine toegediend volgens protocol.

Indicatiestelling: dagelijks 5 minuten VP. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 april 2021 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. In het voorlopig advies van 23 november 2021 heeft het Zorginstituut verklaard:
 "(...) Beoordeling
 De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het dossier bevat de PGB vv aanvraag met het daarbij behorende zorgplan en een schrijven van de huisarts en de specialist. Verweerder heeft ook contact opgenomen met de indicierend verpleegkundige, een kort verslag hiervan is aanwezig in het dossier.

Op basis van de informatie in het dossier is niet duidelijk waarom verzoekster compleet afhankelijk is van de zorg zoals deze is geïndiceerd. Verzoekster heeft een veneuze malformatie in haar rechterbeen meteen afbraak van kraakbeen in haar rechterknie en ervaart hier heftige pijnklachten door. Deze aandoening en pijnklachten verklaren echter niet zonder meer de volledige afhankelijkheid van verzoekster. De geneeskundige context van de zorg die is geïndiceerd is onvoldoende onderbouwd.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. De aandoeningen van verzoekster verklaren niet waarom verzoekster compleet afhankelijk is van de zorg zoals deze is geïndiceerd. De geneeskundige context van de zorg die is geïndiceerd is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen op basis van 35 minuten verpleging en 16 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 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 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 heeft aangevoerd dat zij een veneuze malformatie in haar rechterbeen heeft en slijtage aan de rechterknie. Hierdoor kan zij dit been niet belasten en kan zij zichzelf niet mobiliseren. Daarnaast leidt de aandoening tot invaliderende pijnklachten die toenemen bij inspanning. Als gevolg hiervan heeft verzoekster hulp nodig bij alle dagelijkse levensverrichtingen. In dit verband is een indicatie voor verpleging en verzorging gesteld door de indicierend wijkverpleegkundige en heeft verzoekster een aanvraag voor een PGB vv ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen onder verwijzing naar artikel 2.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging', omdat de geïndiceerde zorg geen verband zou houden met geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Deze beslissing is aanvankelijk echter onvoldoende gemotiveerd, terwijl dit wel een vereiste is gelet op de jurisprudentie van de Hoge Raad in dit verband. Pas met zijn brief van 18 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar een uitgebreidere motivering gegeven. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte nagelaten de aanvraag te toetsen op grond van andere artikelen. Zo heeft verzoekster recht op een aan- en of uittrekhulp voor elastische kousen, maar is de ziektekostenverzekeraar hierop niet ingegaan. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte dat nog niet alle behandelopties zijn benut. Het laatste is echter wel het geval, maar dit heeft niet tot het gewenste resultaat geleid. Overigens geldt dat zelfs als er nog andere behandelopties zijn dit niet automatisch betekent dat er geen zorgvraag kan bestaan.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de aanvraag voor het PGB vv is afgewezen, omdat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom verzoekster als gevolg van de veneuze malformatie in het rechterbeen met kraakbeenletsel in de rechterknie en niet nader onderbouwde rugklachten, volledig afhankelijk is van hulp bij de geïndiceerde persoonlijke verzorging. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat uit de (medische) informatie in het dossier blijkt dat er nog andere behandelmogelijkheden zijn en dat er hulpmiddelen kunnen worden ingezet om de zelfredzaamheid van verzoekster te vergroten. Dit zijn voorliggende voorzieningen op persoonlijke verzorging en daarmee op het PGB vv.

Overwegingen commissie

- 6.4. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de verzekeraar tot afwijzing van haar aanvraag tot toekenning van een PGB vv.

- 6.5. In gevallen als deze gaat het onder meer om beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot een verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 6.6. Het beslissingskader dat de commissie in PGB vv-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
- (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicierend wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen zorgplan moet blijken dat:
- (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
- (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
- (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- (b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.
- (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige:
- (i) tot overeenstemming tussen de verzekeraar en de verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
- (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.
- 6.7. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.8. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar na de hoorzitting een gespreksverslag heeft overgelegd van een telefoongesprek dat heeft plaatsgevonden op 7 of 8 april 2021 met de indicierend verpleegkundige. Uit dit verslag blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht op welke onderdelen hij de gestelde indicatie niet kan volgen of welke informatie er volgens hem ontbreekt. Evenmin volgt uit het verslag dat de indicierend verpleegkundige in de gelegenheid is gesteld te reageren op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat door de ziektekostenverzekeraar niet de vereiste zorgvuldigheid in acht is genomen die van hem mag worden verwacht bij de beoordeling van de PGB-aanvraag en dat hij is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen overeenkomstig de gestelde indicatie, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

6.9. De commissie overweegt dat toewijzing van het verzoek niet tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Zo is niet gebleken dat zorg is geïndiceerd die naar zijn aard geen zorg kan zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Weliswaar hebben de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut hun vraagtekens gezet bij de onderbouwing van de geneeskundige context, maar eventuele onduidelijkheid hierover had de ziektekostenverzekeraar weg kunnen nemen door hierover tijdig overleg te voeren met de verpleegkundige als beschreven in 6.6 onder b van dit bindend advies. Dat hij dit laatste niet heeft gedaan komt voor zijn rekening en risico.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen op grond van 35 minuten verpleging en 16 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 21 januari 2021 tot en met 21 januari 2022;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet voldoen.

Zeist, 28 februari 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2021 van:

- Besured Basis Keuze
- Bewuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Basis Keuze
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Basis Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- National Academic Basis Keuze
- Nationale Academic Ruime Keuze
- Promovendum Basis Keuze
- Promovendum Ruime Keuze
- UC Basis Keuze
- UC Ruime Keuze
- UC Eigen Keuze
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Eigen Keuze
- UMC Ruime Keuze
- VGZ Basis Keuze
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.4 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2021 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

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

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (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.
 - a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de 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. Deze indicatie is op het moment dat uw aanvraag door ons is ontvangen niet ouder dan 3 maanden.
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.
3. u bent naar ons oordeel 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, Zorgverzekeringswet 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 of had het afgelopen jaar 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 ons oordeel 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 ons oordeel 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 ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij 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 (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rehtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. uw (wettelijk) 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 (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rehtens 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, 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;
 - g. de hulp tegen betaling verleent.
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 in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.
8. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
9. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
10. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner.
11. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten. Het uitgangspunt voor de indicatiestelling is het Begrippenkader Indicatieproces V&VN. Onder huisgenoten verstaan wij de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie verzekerde duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerd deel). Een 'Bewustkeuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde 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 geregistreeerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. De indicatie wordt opgesteld volgens de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons 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. Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Wij kunnen dit uitvoeringsverzoek opvragen. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige beter ingeschat worden of de zorg kwalitatief verantwoord plaats gaat vinden zodat een indicatie kan worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.
6. Als 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 (wettelijk) 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 ons 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, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader 'normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader)' van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (intervisie) en na overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd.
9. Als 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) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) 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, kunt u weer gebruikmaken 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.

Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.

11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. 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. Als 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. wij hebben 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 een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Voor de berekening van het Zvw-pgb rekenen wij met de tarieven voor formele en informele zorgverleners zoals vermeld in artikel 7.2. Wij baseren de berekening op de door u vermelde zorgverleners in de aanvraag en de verdeling van de uren over deze zorgverleners.

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van uw zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.

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.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. U heeft ook recht op zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

U heeft alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
Als u een kindwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.
- Twintig-weeken echo (SEO)
Met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek:

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico heeft op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan heeft u recht op prenatale diagnostiek.

Heeft u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie heeft, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heeft u recht op een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heeft u recht op invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt