



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, 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 2018

Zaaknummer : 201900777

Zittingsdatum : 6 januari 2021

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

---

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 16 oktober 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 4 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 24 december 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019062592) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 17 januari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 januari 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 8 januari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 12 januari 2021 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket Doelgroep B en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico B 50,00 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft lichamelijke en psychische aandoeningen. Hierdoor heeft hij zorg nodig. De indicierend wijkverpleegkundige heeft vastgesteld dat verzoeker 19 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week nodig heeft. Deze indicatie ziet op de periode van 3 oktober 2018 tot en met 3 oktober 2020. Verzoeker wil de Persoonlijke Verzorging inkopen bij familieleden. Ten behoeve van hem is daarom een aanvraag voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (verder PGB vv) bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bij deze aanvraag was een zorgplan gevoegd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in reactie op de aanvraag bij brief van 29 november 2018 om aanvullende informatie van zijn huisarts gevraagd. Hierbij ging het specifiek om het volgende:
  - Een ondertekende onderbouwing van de huisarts omtrent de medische situatie van verzoeker. Hieruit moest blijken welke aandoeningen ten grondslag liggen aan zijn zorgvraag;
  - welke beperkingen verzoeker hierdoor ervaart;
  - wat er gedaan is om het zelfzorgtekort op te heffen;

- en of er mogelijkheden zijn om dit zelfzorgtekort op te heffen.

3.3. Het zorgplan over verzoeker voor de periode van 3 oktober 2018 tot en met 3 oktober 2020 luidt:  
"(...)

**Beschrijving ziektebeeld**

*Meneer heeft erge pijnklachten aan verschillende gewrichten/spieren in het lichaam, zoals schouders, rug, nek, knieën, voeten en handen. Voor de pijn is meneer uitbehandeld en krijgt alleen pijnstillers wat onvoldoende helpt. Ook heeft meneer continue last van duizeligheid, misselijkheid en regelmatig hevige hoofdpijnen en vermoeidheid. Oorzaak is onbekend. Meneer heeft door zijn beperkte mobiliteit en duizeligheid regelmatig valincidenten. Heeft ook last van erge buikpijnen vanwege obstipatie. Meneer is voor onderzoek geweest, en krijgt laxeermiddelen wat nauwelijks helpt. Meneer heeft voetklachten: droge huid, eelt op de voet, last van tintelingen in voeten en zenuwpijn. Heeft speciale steunzolen en zalf via de huisarts voor de voeten. Meneer heeft moeite met het lopen en bukken. Loopt mbv krukken binnenshuis, voor buitenshuis heeft hij een rollator en een rolstoel. Meneer is verder bekend met ontregelde bloedsuiker, urine incontinentie en psychische klachten. Meneer moet dagelijkse ondersteuning krijgen bij zijn immobiliteit, transfer naar toilet bijv, en het toepassen van wisselggingen. Ook heeft dhr. dagelijks ondersteuning nodig bij de persoonlijke verzorging. Vanwege de onplanbare transfers en zijn soms agressieve gedragsproblematiek nav zijn gezondheidssituatie, zijn externe zorgverleners geen optie.  
(...)*

3.4. Op het overzicht van de huisarts van verzoeker van 3 december 2018 is vermeld:

**"AKTUELE-MEDICATIE**

(...)

*Betahistine tabl 16mg zo nodig 3 keer per dag 1 tablet  
Tolterodine sr caps mva 4mg 1 keer per dag 1 capsule  
Esomeprazol caps msr 40 mg 1 keer per dag 1 capsule  
Zolmitriptan tabl omh 2,5mg zo nodig 2 keer per dag 1  
Vaselinlanettecreme fna gebruik bekend  
Simvastatine tabl omh 40mg avond: 1 tablet  
Metformine tabl 500mg 3 keer per dag 1 tablet  
Ibuprofen tabl 600 mg 2 keer per dag 1 tablet  
Gabapentine caps 300 mg 3 keer per dag 1 capsule  
Desloratadine (aerius) 5mg 1 keer per dag 1 tablet  
Amitriptyline tabl 25mg 3 keer per dag 2 tabletten  
Salicylzuur zalf 5% zo nodig 2 keer per dag aanbrengen  
Simvastatine tabl omh 40mg avond: 1 tablet  
Salicylzuur zalf 5% zo nodig 2 keer per dag aanbrengen  
Simvastatine tabl omh 40mg avond: 1 tablet*

**PROBLEMLIJST**

*01-1983 posttraumatisch depressief syndroom  
01-1990 chron. klachten rug, schouders, knieën  
01-1990 lichte gastritis  
05-1990 RPCP bdz.  
01-1998 acute appendicitis; appendectomie  
04-2001 agressieve dysregulatie, angsten, somber  
04-2001 wsch. somatisatie  
01-2003 hallux valgus re.  
03-2006 ernstige cervicale arthrose; cervicobrachialgie  
06-2006 multipele gewrichtsklachten  
04-2008 hallux valgus en geringe MTP-arthrose li. voet  
09-2009 DM II  
11-2012 chron. obstipatie; diverticulose sigmoid  
(...)"*

3.5. De huisarts van verzoeker heeft bij brief van 12 december 2018 verklaard:

*"Volgens het "Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen, Intercollegiale Informatie en Medische Informatie", uitgegeven door de KNMG, is de behandelend arts niet de aangewezen persoon om geneeskundige verklaringen af te geven omtrent gezondheid, ziekte, invaliditeit, arbeidsongeschiktheid, toewijzing van voorzieningen, enz. van zijn patiënten. Voorzover de instelling, welke een verklaring nodig acht, geen genoegen kan nemen met een verklaring van de patiënt zelf, dient zij hiervoor, terwille van de voor alle betrokkenen noodzakelijk geachte objectiviteit, een keurend of controlerend geneesheer aan te wijzen."*

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 12 december 2018 meegedeeld dat hij het gevraagde PGB vv niet toekent.

3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.8. Het voorlopig advies van het Zorginstituut luidt:

*"(...)*

*Beoordeling*

*In het dossier is medische informatie aanwezig, ook is de PGB aanvraag en een zorgplan aanwezig.*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd. Het is onduidelijk waarom verzoeker niet zelf in staat is om te voorzien in de geïndiceerde zorg. De beperkingen die worden genoemd hoeven niet per definitie voort te vloeien uit de genoemde diagnoses. Een onderbouwing waarom dit wel het geval is ontbreekt.*

*Verweerder stelt dat de geïndiceerde zorg onderbouw[d] dient te worden door de huisarts. Dit is onjuist. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geïndiceerde zorg te onderbouwen.*

*(...)*

*Naar aanleiding van de stelling van verweerder dat zorg in verband met psychische problematiek niet onder de Zvw valt merkt het Zorginstituut het volgende op. Psychiatrische zorg valt onder het begrip geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Het is daarom mogelijk dat een verzekerde op grond van een psychische aandoening aanspraak kan maken op een PGB vv. Wel moet sprake zijn van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.*

*Conclusie*

*De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg is onvoldoende onderbouwd. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.*

*(...)"*

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem het gevraagde PGB vv alsnog toe te kennen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit geldt zowel voor de zorgverzekering als voor 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 verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Zorgverzekering**


- 6.2. Aanspraak op een PGB vv bestaat als er behoefte is aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze zorg moet verband houden met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Dit blijkt uit artikel 2, eerste lid, van het reglement. Partijen verschillen van mening of aan deze voorwaarde is voldaan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat dit niet het geval is, omdat niet is gebleken van zodanig ernstige somatische problematiek dat verzoeker beperkt is in het uitvoeren van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Hij wijst in dit verband op de aanwezige psychische problematiek en de waarschijnlijke somatisatie. Verzoeker brengt hier tegen in dat hij lichamelijke én psychische problematiek heeft. Beide beperken hem, bijvoorbeeld in de mogelijkheid tot het verrichten van ADL. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar, alvorens de aanvraag af te wijzen, overleg moeten voeren met de indicierend verpleegkundige of zijn huisarts. Ter zitting heeft verzoeker in dit verband verklaard dat de wijkverpleegkundige hem heeft aangegeven dat zij de gestelde indicatie niet anders of beter kan onderbouwen.
- 6.3. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar lijkt te veronderstellen, zijn verzekerden van wie de zorgvraag geheel of gedeeltelijk voortvloeit uit psychische problematiek niet automatisch uitgezonderd van de doelgroep voor een PGB vv. Psychiatrische zorg is namelijk geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Een en ander wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 24 december 2019. Tevens kan uit dit advies worden afgeleid dat sprake moet zijn van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context. Onder dit laatste wordt verstaan dat de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Het Zorginstituut heeft erop gewezen dat niet duidelijk is waarom verzoeker niet in staat is de geïndiceerde zorg zelf uit te voeren. De in het zorgplan genoemde beperkingen vloeien namelijk niet noodzakelijk voort uit het hierin beschreven ziektebeeld. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige, en niet aan de huisarts zoals de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, om de geïndiceerde zorg te onderbouwen.
- 6.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar contact had moeten zoeken met de indicierend wijkverpleegkundige of zijn huisarts. Dit heeft hij niet gedaan. Dat de indicierend wijkverpleegkundige de indicatie op dit punt onvoldoende heeft onderbouwd, kan - naar de commissie de stelling begrijpt - volgens verzoeker dus niet voor zijn rekening komen. Verzoeker verwijst naar de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen van 30 juli 2019, waarin in het kader van de bemiddeling is gewezen op een eerdere uitspraak van de commissie van 27 april 2019 met zaaknummer 201801667.
- 6.5. De commissie overweegt dat, wat er zij van de vraag of de ziektekostenverzekeraar contact had moeten opnemen met de indicierend wijkverpleegkundige om haar een nadere onderbouwing te vragen, dat in dit geval, gelet op hetgeen hieromtrent ter zitting naar voren is gebracht, niet tot een ander resultaat zou hebben geleid. Aangezien in het geval van verzoeker, gelet op hetgeen in 6.3 is overwogen, de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd, en dit in zijn risicosfeer ligt, heeft hij geen aanspraak op het gevraagde.



### Aanvullende ziektekostenverzekering




6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verpleging en/of verzorging. Het verzoek kan daarom niet ten laste van deze verzekering worden toegewezen.



6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 27 januari 2021,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan hebt u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 28).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Waar mag de voetzorg worden verleend**

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

#### **Bijzonderheden**

Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

## **Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)**

#### **Omschrijving**

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 coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis. 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.

#### **Persoonsgebonden budget (pgb)**

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt 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.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Verwijsbrief nodig van**

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.



### Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. 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 hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. 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.

## Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg

### 13.1. Verloskundige zorg

#### Omschrijving

U hebt 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 hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, 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 hebt 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-weken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- **de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek** als u een medische indicatie hebt. U hebt ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. U hebt recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- **twintig-weken echo (SEO):**  
met de twintig-weken 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 hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan hebt u recht op prenatale diagnostiek.

##### Hebt u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie hebt, 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 hebt 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 hebt 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 het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## Artikel 10. Klachten en geschillen

### 10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

---

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

---

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 10.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op [www.e-court.nl](http://www.e-court.nl).

### 10.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

## Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 12, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van:

- Bewuuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.2 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

## Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringwet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt 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 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 ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

## Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij ons;
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. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
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 (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
  - a. of u zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet hebt 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 hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) 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;

van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

### 6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- a) als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5.;
- b) als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4.);
- c) als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel(kunnen) leiden;
- d) als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken;
- e) vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag bieden wij u een andere aanvullende verzekering van VGZ aan. Wilt u deze aanvullende verzekering(en) wijzigen of opzeggen? Dan kunt u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de andere aanvullende verzekering(en) aan ons doorgeven.

In de gevallen zoals beschreven in a t/m d kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

## Artikel 7. Klachten en geschillen

### 7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

---

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
  - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
  - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
- 

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 7.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op [www.e-court.nl](http://www.e-court.nl).

### 7.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om een klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.