



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
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202002418
Zittingsdatum : 18 augustus 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. A.I. van Mierlo, H.A.J. Kroon en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, 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 26 maart 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 mei 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 24 juni 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021020672) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 juni 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 16 augustus 2021 heeft verzoeker de commissie aanvullende informatie gezonden. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 augustus 2021 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de van verzoeker ontvangen aanvullende informatie zijn op 25 augustus 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. De commissie heeft het Zorginstituut hierbij gevraagd te beoordelen of de 'geneeskundige context' in de aanvullende informatie voldoende is onderbouwd.
Op 8 september 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van dit definitief advies is op 10 september 2021 aan verzoeker en de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft op 17 september 2021 per brief van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze brief is op 22 september 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker ontving aanvankelijk zorg van een thuiszorgaanbieder. Op enig moment wilde hij de benodigde zorg inkopen bij familieleden. In dit verband heeft verzoeker een indicatie voor verpleging en verzorging laten stellen door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgaanbieder. De indicerend wijkverpleegkundige heeft hierbij een zorgvraag vastgesteld

van zeventien uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Vervolgens is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) overeenkomstig de gestelde indicatie voor de periode van 13 november 2019 tot en met 13 november 2020.

- 3.3. Het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige, dat ziet op de periode van 13 november 2019 tot en met 13 november 2020, luidt, voor zover hier van belang:

"(...)
niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp
(...)
Dhr. geeft aan zich ondersteun[d] te voelen bij het innemen van de medicatie en dhr. vergeet het komende half jaar zijn medicatie niet in te nemen.

(...)
Medicatie-toediening
Dhr. krijgt zijn medicatie toegediend volgens voorschrift arts.

(...)
moeite met poetsen / flossen / mondhygiëne
moeite met aankleden, onderlichaam
moeite met aankleden, bovenlichaam
moeite met wassen / kammen van het haar
moeite met douchen / baden
moeite met toilet aangelegenheden
onprettige lichaamsgeur
wil niet / kan niet / vergeet persoonlijke zorg-activiteiten af te ronden

(...)
Dhr. geeft aan zich ondersteun[d] te voelen bij de algehele lichamelijke verzorging zolang mw thuis woont en vervuult zich niet.

(...)
Persoonlijke hygiëne
Dhr[.] geeft aan zich ondersteun[d] te voelen bij toilet bezoek en evt[.] verschonen.
Dhr. ondersteunen bij het douchen en aan/uitkleden.
Dhr. krijgt dagelijks hulp met wassen en aankleden [!]s morgens en [!]s avonds.
Dhr. ondersteunen met zijn transfers[.]
Dhr. ondersteunen met omkleden, en naar bed helpen.
(...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 maart 2020 telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. Dezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij het aangevraagde PGB vv niet aan hem toekent.

- 3.5. Het verslag van de ziektekostenverzekeraar van het telefoongesprek met de indicierend wijkverpleegkundige op 2 maart 2020 luidt:

"Verpleegkundige geeft aan dat de reden tot het zelfzorg tekort de algehele conditie is. Dhr. eet slecht, slaapt slecht en heeft last van ouderdomsklachten. Hij geeft aan dat personen met een Marokkaanse achtergrond met de leeftijd van 80 passief zijn voor Nederlanders van 95. Uit ervaring denkt de vpk dat de OK aan de knie geen herstel te weeg zal brengen, dit is een gokje geeft hij aan."

- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 8 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.7. De huisarts heeft op 2 november 2020, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:

"(...)

LS,

Ter informatie, bovenstaande pat. is bekend met diverse chronische aandoeningen en gevorderde leeftijd waardoor hij niet meer in staat is zonder hulp in zijn algemene dagelijkse verzorging te voorzien. Er is sprake van poly-artrose en neurologisch syndroom nao met tremoren. Pat. is verminderd mobiel. Voor zorg is hij afhankelijk van zijn eveneens op leeftijd zijnde partner die ook niet volledig ALD[-]zelfstandig is.

Probleemlijst:

08-2009 Gonartrose bdz

08-2010 Neurogene Claudicatio L3-L4

08-2012 Essentiele tremor / neurologisch syndr. Nao

07-2015 Diabetes mellitus type 2

04-2016 Benigne prostaathyperplasie

03-2019 Posttraum. schouder pees ruptuur R

10-2019 Verhoogde bloeddruk

(...)"

- 3.8. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft, voor zover hier van belang, op 24 februari 2021 per brief aan verzoeker verklaard:

"(...)

Het ontbreken van een onderbouwing, betekent niet dat geen sprake kan zijn van een geneeskundige context. De indicatie is gesteld door een gecontracteerde zorgaanbieder. De heer [naam verzoeker] mag dan ook verwachten dat de zorgaanbieder indiceert volgens het normenkader en zijn indicatie onderbouwt. Als geen sprake is van zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt is het aan de indicerend verpleegkundige verzekerde hierover te informeren. Wij vinden dat een verzekerde niet de dupe mag zijn van een niet goed opgesteld zorgplan door een gecontracteerde zorgaanbieder. Wij hebben VGZ daarom gevraagd of nader onderzoek is aangewezen. Bijvoorbeeld door middel van een huisbezoek en/of second opinion. VGZ ziet hiertoe geen reden.

(...)"

- 3.9. Op 24 juni 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Verzoeker is een 80-jarige man die samenwoont met zijn echtgenote. Verzoeker is bekend met Diabetes Mellitus type 2, gonartrose, benigne prostaat hyperplasie, urolithiasis, hypertensie, contusie van de elleboog (tijdelijk?), eczeem, cataract, labyrinthitis, tremoren, varices benen, gastritis, cholelithiasis waarvoor operatie, slechthorendheid links, knie operatie rechts en links. Daarnaast is sprake van oogklachten, nekkklachten, overgewicht, schouderklachten en zijn enkele vingers van verzoeker geamputeerd.

De indicerend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 17 uren en 20 minuten verzorging per week. De geïndiceerde zorg betreft hulp bij wassen/douchen, aan- en uitkleden, persoonlijke verzorging in de ochtend en avond, begeleiden bij het naar bed gaan, medicatie aanreiken, voetzorg, hulp bij toiletbezoek en transfers.

(...)

Beoordeling

(...)

Het dossier bevat de PGB vv aanvraag met het bijbehorende zorgplan. Ook is er medische informatie aanwezig in het dossier.

Op basis van het zorgplan is onduidelijk wat de beperkingen van verzoeker zijn bij de verschillende aandoeningen, wat verzoeker zelf nog kan en wat de geïndiceerde zorg inhoudt. Derhalve staat niet vast of sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Het is mogelijk dat verzoeker aangewezen is op (een deel van) de geïndiceerde zorg, het is echter aan de wijkverpleegkundige om in het zorgplan te onderbouwen dat sprake is van een geneeskundige context. Omdat de geneeskundige context niet vaststaat is het verder niet meer relevant om

in te gaan op de andere afwijsgonden van verweerder (inzet van hulpmiddelen en ergo- en fysiotherapie).

Conclusie

*Op basis van het zorgplan kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.
(...)"*

3.10. Verzoeker heeft voor de periode van 1 juli 2021 tot en met 1 juli 2022 een nieuwe indicatie voor verpleging en verzorging laten stellen en deze in de procedure overgelegd ter onderbouwing van de geneeskundige context met betrekking tot de in het geding zijnde aanvraag.

3.11. Op 8 september 2021 heeft het Zorginstituut, desgevraagd, per brief hierover het volgende verklaard:

*"(...)
Bij de aanvullende stukken zit een nieuwe aanvraag en indicatie voor een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging (PGB vv). (...)*

*De nieuwe indicatie voor het PGB vv ziet op een andere periode dan de aanvraag in geschil. De nieuwe indicatie kan dan ook niet dienen als onderbouwing van de indicatie in geschil. Uit het dossier blijkt verder dat verweerder de nieuwe aanvraag nog niet heeft beoordeeld. Het Zorginstituut zal de nieuwe indicatie daarom niet beoordelen.
(...)"*

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden het aangevraagde PGB vv met betrekking tot de periode van 13 november 2019 tot en met 13 november 2020 alsnog aan hem toe te kennen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de procedure, vanaf de fase van de herbeoordeling, aan hem te vergoeden.

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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 verzoeker

6.2. Verzoeker is van mening dat hij aanspraak heeft op een PGB vv, met betrekking tot de periode van 13 november 2019 tot en met 13 november 2020, overeenkomstig de aanvraag die destijds is

gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen, omdat naar zijn mening niet is voldaan aan de artikelen 2.1 en 2.2 van zijn 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019 (Zvw-pgb)'. Dit standpunt kan volgens verzoeker niet overtuigen.

Verzoeker stelt dat hij langer dan één jaar op de geïndiceerde zorg is aangewezen. Hij ontvangt al vanaf 2012 Persoonlijke Verzorging vanwege zijn medische omstandigheden. Op basis van die zelfde medische omstandigheden is in 2021 beoordeeld dat verzoeker nog steeds is aangewezen op Persoonlijke Verzorging. De aanstaande knieoperatie maakt het voorgaande niet anders. Volgens verzoeker is met de medische informatie in het dossier voldoende onderbouwd dat hij redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg en dat een 'geneeskundige context' aanwezig is. Hij licht in dit verband toe dat hij hoogbejaard is en dat bij hem verschillende aandoeningen aan de orde zijn. Zo is in 2009 gonartrose vastgesteld, in 2010 neurogene claudicatio (ook wel bekend als het syndroom van Verbiest), in 2012 een essentiële tremor (door de huisarts geduid als een neurologisch syndroom na met tremoren), in 2015 diabetes type 2, in 2016 een benigne prostaathyperplasie en in 2019 een schouderpees ruptuur en een verhoogde bloeddruk. Tevens gebruikt verzoeker metformine vanwege diabetes type 2, tamsulosine vanwege de benigne prostaathyperplasie, diclofenac ter onderdrukking van pijn, en flixotide, dat wordt voorgeschreven bij ademhalingsproblemen. Uit het voorgaande blijkt dat somatische aandoeningen ten grondslag liggen aan het zelfzorgtekort van verzoeker. Uit de tegenstrijdige verklaringen van de ziektekostenverzekeraar is af te leiden dat ook hij deze mening is toegedaan. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie heeft bestreden dat somatische aandoeningen ten grondslag liggen aan het zelfzorgtekort van verzoeker, heeft hij later namelijk uit de verkregen informatie afgeleid dat de voornaamste oorzaken van het zelfzorgtekort artrose in de knieën, overgewicht en ouderdomsklachten zijn. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, zijn de schouder- en elleboogklachten voldoende onderbouwd. Uit de verklaring van de arts blijkt immers dat sprake is van een ruptuur en polyartrose.

Verzoeker is van mening dat hij er geen nadeel van mag ondervinden dat de indicierend wijkverpleegkundige zijn werk niet goed heeft gedaan. Hij verwijst in dit verband naar de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen van 24 februari 2021, waarin deze vermeldt dat hij vindt dat een verzekerde niet de dupe mag zijn van een niet goed opgesteld zorgplan door een gecontracteerde zorgaanbieder. Het voorgaande geldt te meer omdat de ziektekostenverzekeraar de betrokken thuiszorgaanbieder heeft voorgedragen.

Ten aanzien van het definitief advies van het Zorginstituut voert verzoeker aan dat, hoewel de door hem overgelegde indicatie inderdaad betrekking heeft op een andere periode, zijn medische situatie niet is gewijzigd. In deze nieuwe aanvraag wordt bevestigd dat een geneeskundige context aanwezig is. Een second opinion, zoals de nieuwe indicatie, wordt altijd op een later moment verricht, en dit betekent niet dat deze om die reden zonder meer mag worden genegeerd.

Verzoeker wijst erop dat de ziektekostenverzekeraar hem bij de afwijzing van de aanvraag niet op de mogelijkheid heeft gewezen om deze met de indicierend wijkverpleegkundige te bespreken of een second opinion te laten verrichten. Hij tekent hierbij aan dat van hem niet kan worden verwacht dat hij weet wat met (het ontbreken van een onderbouwing van) de geneeskundige context wordt bedoeld of dat hij in staat is de indicatie op dit punt te beoordelen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoeker geen aanspraak heeft op het destijds aangevraagde PGB vv, omdat niet wordt voldaan aan de artikelen 2.1 en 2.2. van zijn 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019 (Zvw-pgb)'. Uit het dossier wordt niet duidelijk welke beperkingen verzoeker als gevolg van zijn aandoeningen heeft. Evenmin blijkt hieruit of, en zo ja in welke mate, de geïndiceerde zorg samenhangt met geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Het voorgaande wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut. De huisarts benoemt in zijn verklaring weliswaar diverse aandoeningen, maar uit deze verklaring komt niet naar voren waarom sprake is van een zelfzorgtekort en/of overname van zorg. Daarnaast is geen sprake van een stabiele zorgvraag. De ziektekostenverzekeraar verwacht dat de knieoperatie verbetering zal brengen in de mobiliteit van verzoeker en dat het overgewicht wellicht ook zal verminderen. Daarnaast kan revalidatie bijdragen aan het bevorderen van de


zelfredzaamheid van verzoeker. Voorts worden de schouder- en elleboogklachten niet onderbouwd door de huisarts.

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker het advies gegeven gebruik te maken van ergotherapie en fysiotherapie om te onderzoeken of hij zijn zelfredzaamheid kan vergroten door inzet van hulpmiddelen. Met betrekking tot de toiletgang en de incontinentieproblematiek zijn er voor de hand liggende hulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal en een consult bij de huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft met het voorgaande proberen mee te denken met verzoeker. De indicierend wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor een goede onderbouwing van de geneeskundige context. Omdat een dergelijke onderbouwing ontbreekt, is contact met hem gezocht. Ook toen bleef echter een toereikende onderbouwing van de geneeskundige context uit. Het ontbreken van een voldoende onderbouwing van de geneeskundige context ligt in de risicosfeer van een verzekerde, zoals is geoordeeld in verschillende bindende adviezen van de commissie. De ziektekostenverzekeraar kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor de wijze waarop een gecontracteerde zorgaanbieder zijn verplichtingen uitvoert. Het is de verantwoordelijkheid van verzoeker om aan te tonen dat hij aanspraak heeft op het gevorderde en zorg te dragen voor een gedegen aanvraag en zorgplan.


De nieuwe indicatie kan niet dienen ter onderbouwing van de voorliggende, afgewezen aanvraag. De door verzoeker overgelegde indicatie ziet op een andere periode en wijkt bovendien af van de indicatie die in geschil is. Dat in het verleden zorg is vergoed, betekent niet dat de aanvraag automatisch moet worden toegekend.

Overwegingen commissie








- 6.4. De zorgverzekering biedt, onder voorwaarden, dekking voor verpleging en verzorging, zoals bedoeld in artikel 13 van de voorwaarden van de zorgverzekering, in de vorm van een PGB vv. Tussen partijen is in geschil of verzoeker behoort tot de doelgroep voor een PGB vv zoals bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019 (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement). In genoemd artikel uit het reglement is bepaald dat een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv als deze behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop (de geneeskundige context). Tevens is bepaald dat een verzekerde langdurig, te weten langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging moet zijn aangewezen.
- 6.5. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geneeskundige context te onderbouwen. Uit het advies van het Zorginstituut van 24 juni 2021 komt naar voren dat uit de door de indicierend wijkverpleegkundige gegeven onderbouwing niet blijkt dat de geïndiceerde zorg een geneeskundige context heeft. Het Zorginstituut heeft in dit advies geconstateerd dat uit het zorgplan niet duidelijk wordt:
- (i) wat de beperkingen van verzoeker zijn bij de verschillende aandoeningen;
 - (ii) wat hij zelf nog kan, en
 - (iii) wat de geïndiceerde zorg inhoudt.
- Verzoeker heeft lopende deze procedure opnieuw een indicatie voor verpleging en verzorging laten stellen en deze overgelegd ter onderbouwing van de geneeskundige context van de zorg waarop het voorliggende verzoek aan de commissie betrekking heeft. In het definitief advies van 8 september 2021 heeft het Zorginstituut verklaard dat de desbetreffende indicatie ziet op een andere periode en om die reden niet kan dienen om de geneeskundige context in het kader van de afgewezen aanvraag te onderbouwen. De commissie volgt het Zorginstituut hierin, waarbij nog wordt aangetekend dat uit de nieuwe indicatie blijkt van een gewijzigde zorgbehoefte, te weten twaalf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week in plaats van zeventien uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 6.6. Dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd, ligt – behoudens bijzondere omstandigheden die hier niet aan de orde zijn – in de risicosfeer van verzoeker, ook indien de indicatie is gesteld door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar, in vervolg op de indicatiestelling, nog telefonisch navraag



naar de geneeskundige context gedaan bij de indicierend wijkverpleegkundige. Uit de telefoonnotitie van dit gesprek blijkt dat ook toen een toereikende onderbouwing is uitgebleven. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de gecontracteerde zorgaanbieder heeft voorgedragen, is niet onderbouwd en kan daarom niet overtuigen.



Verzoekers verwijzing, in dit verband, naar de brief van de Ombudsman van 24 februari 2021 kan hem niet baten. De Ombudsman heeft zijn visie gegeven, doch laat hierbij in het midden wie uiteindelijk is aan te spreken op de tekortkomingen in de onderbouwing. Om verzoeker hiervan niet de dupe te laten zijn én omdat mogelijk wel een geneeskundige context aanwezig was, is door de Ombudsman wel een bemiddelingspoging richting de ziektekostenverzekeraar gedaan. Deze had helaas niet het gewenste resultaat.

- 6.7. Verzoeker heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem ten tijde van de afwijzing had moeten wijzen op de mogelijkheid van een second opinion of om contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige, zodat hij de aanvraag met nadere informatie had kunnen onderbouwen. Afgezien van het feit dat dit laatste is gebeurd, doet de stelling van verzoeker geen recht aan de verdeling van de diverse verantwoordelijkheden zoals deze bij de voorgaande overwegingen al aan de orde is geweest. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie voor verpleging en verzorging te stellen met inachtneming van de regels van de beroepsgroep. Hierbij hoort het onderbouwen van de geneeskundige context en het – in dat kader – doen van navraag bij de behandelende sector. Wordt vervolgens een aanvraag gedaan, dan is het aan de zorgverzekeraar deze te toetsen aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden. Het ligt niet op de weg van de zorgverzekeraar zelf een indicatie te stellen of eigenmachtig tekortkomingen in de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige te repareren. Wanneer er vragen zijn of onduidelijkheden over de naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwing van de geneeskundige context, ligt het op zijn weg contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige en deze in de gelegenheid te stellen een toelichting te geven en eventueel ontbrekende informatie te verstrekken. Wordt een aanvraag vervolgens afgewezen, dan is het de zorgverzekeraar die transparant en objectief moet communiceren wat hiervan de reden is. De commissie stelt vast dat dit laatste in de situatie van verzoeker is gebeurd. Voor zover verzoeker niet wist wat hij tegen de afwijzing kon doen, en dit had willen weten, had hij de verzekeringsvoorwaarden kunnen raadplegen of navraag kunnen doen bij de ziektekostenverzekeraar. Niet gebleken is dat hij dit heeft gedaan. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan evenmin leiden tot een andere uitkomst. Aangezien niet is gebleken dat verzoeker voldoet aan artikel 2.1 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar, heeft hij met betrekking tot de periode van 13 november 2019 tot en met 13 november 2020 geen aanspraak op het aangevraagde PGB v, ten laste van de zorgverzekering.
- 6.8. Omdat geen grond bestaat voor toekenning van het aangevraagde PGB vv, bestaat evenmin grond voor toekenning van de door verzoeker gevorderde proceskosten. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 november 2021,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs



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 13, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2019 van:

- Bewuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt
- 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 4.3 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2019 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

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 rechtens 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 rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, 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 gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten. 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 5.3. 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 verzekeren 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.
3.
 - 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. 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. Ook bij het beoordelen van uw aanvraag hanteren wij de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg.
5. Als er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
6. 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 of niet doelmatig is. Dan kennen wij u voor dat deel van de 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 uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
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 (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel in een voorziening voor eerstelijnsverblijf (ELV), 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

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in 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 heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op vergoeding van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van 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 en het cliëntsysteem en casemanagement. U kunt recht hebben op vergoeding van de kosten van professionele zorgopvolging 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 kinderdagverblijf. 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 vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5 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 kinderverpleegkundige, niveau 5 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

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

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

De huisarts of medisch specialist beoordeelt of er sprake is van palliatief terminale zorg. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van 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 vergoeding van de kosten van een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op vergoeding van de kosten van 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 vergoeding van de kosten van prenatale diagnostiek.

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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.