



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13aZvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000853

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 1 april 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 17 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 juni 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 2 juli 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020027964) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 8 juli 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.
- 2.5. Na de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht een aanvullende reactie te geven. Op 25 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn reactie per brief aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 8 september 2020 heeft zij dit per brief gedaan. Een afschrift van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 15 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat deze stukken geen aanleiding geven het voorlopig advies aan te passen en dat dit als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en een aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 25 oktober 2019 is ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 2 uren en 20 minuten verpleging per week en 20 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft - voor zover hier relevant - in de aanvraag over verzekerde verklaard:

"(...) Kinderleefdomein veiligheid

Het gezin woont in een eengezinswoning en hebben geen toilet boven. In de nacht moeten zij daardoor met [verzekerde] van de trap af om het toilet te bereiken.

(...)

Indicatie

Verpleegkundige zorg

- *Observatie symptomen tgv van chemotherapie en bestraling:*
 - *Irritatie plek van bestralen.*
 - *Irritatie mondslijmvlies.*
 - *Verminderde weerstand en kans op infecties/koorts. Arts consulteren.*
- *Observatie drukplekken tgv spalken benen.*
- *Observatie pijnklachten en symptomen van krachtverlies en druk tumor op zenuwbanen.*

20 min per dag x 7= 140 min per week.

Persoonlijke zorg

Niet gebruikelijke zorg voor een kind van 7 jaar.

Wassen en douchen 2x daags 10 min, kleden 2x daags 10 min, verzorgen na transpireren in de nacht 1x daags 10 min, spalken aan en uitdoen 2x 10 min, verzorging na toiletgang 5x 5 min per dag.

Wassen/douchen 20 min per dag x7= 140 min per week.

Kleden 20 min per dag x7= 140 min per week.

Verschonen 10 min per dag x7= 70 min per week.

Spalken aan en uitdoen 20 min per dag x 7= 140 min per week.

Toiletgang 25 min per dag x7= 175 min per week.

Hulp bij transfers, in en uit bed komen, in en uit de auto komen, naar toilet begeleiden en op de trap. 8x 10 min per dag. Verplaatsen 80 min per dag x7= 560 min per week. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 december 2019 aan verzoekster meegedeeld dat ten behoeve van verzekerde een PGB vv wordt toegekend op basis van 2 uren en 15 minuten verpleging per week en 4 uren persoonlijke verzorging per week.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 13 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 2 juli 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
- "(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het dossier bevat een medische verklaring ter ondersteuning van de PGB vv aanvraag. Ook bevat het dossier de PGB vv aanvraag en een zorgplan.*

Zorg rondom transfers en verschonen bed

De geïndiceerde zorg met betrekking tot transfers en het verschonen van het bed is in dit geval geen 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Deze zorg komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

ADL zorg

Gelet op de informatie in het dossier is het mogelijk dat er een geneeskundige context is. De onderbouwing van de geneeskundige context in het zorgplan door de kinderverpleegkundige

ontbreekt echter. Het gaat om de handeling binnen de context van de gesteldheid van verzekerde, de risico's die de handeling met zich mee kan brengen voor diens gezondheid en de mogelijkheden om via de handeling de gezondheid van verzekerde te volgen. Het is aan de kinderverpleegkundige om deze context te beschrijven bij de indicatie en hiermee te onderbouwen waarom de zorg onder de Zvw kan vallen. Daarnaast is het op basis van het zorgplan niet duidelijk wat de beperkingen en mogelijkheden van verzekerde zijn bij het uitvoeren van de ADL-zorg.

Zorg door het netwerk

Verweerder voert met betrekking tot hulp bij wassen/douchen, hulp bij kleden, verschonen van de pyjama en hulp bij de toiletgang (deels toegekend) aan dat sprake is van 'gebruikelijke zorg/zorg uit eigen netwerk'. De term 'gebruikelijke zorg' komt niet voor in de Zvw. De verpleegkundige beroepsgroep hanteert deze term ook niet bij de indicatiestelling. Het is aan de indicierend kinderverpleegkundige om bij de indicatiestelling duidelijk te onderbouwen welke inzet wél of niet van het netwerk van de cliënt verwacht kan worden. De kinderverpleegkundige onderbouwt waarom bepaalde interventies ingezet worden en door wie deze worden uitgevoerd op basis van verpleegkundige diagnoses en resultaten.

Het is aan de indicierend kinderverpleegkundige om te beoordelen wat de draagkracht/draaglast van het gezin is. Op basis daarvan kan bepaald worden welke zorg er redelijkerwijs verwacht mag worden van de ouders. In het zorgplan staat beschreven dat verzoekster (de moeder van verzekerde) de zorg niet meer zelf kan bieden en dat om die reden deze zorg geïndiceerd is. De zorg kan dan geleverd worden door derden, ongeacht of dit via PGB vv of in natura is (mits sprake is van geneeskundige context). Uit de voorliggende informatie is echter op te maken dat verzoekster de zorg zelf levert en dat de reden van de PGB vv aanvraag te maken heeft met de financiële situatie van de ouders van verzekerde. Dit strookt niet met het zorgplan.

Overig

Het Zorginstituut merkt tot slot het volgende op. Verweerder rondt de toegekende zorg af op hele kwartieren. In het geval van verzekerde worden de minuten naar beneden afgerond. Het afronden op hele kwartieren is geen grond om minder minuten toe te kennen dan geïndiceerd zijn. (...)”

- 3.7. Op 25 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan de commissie meegedeeld dat hij ten behoeve van verzekerde een PGB vv zal toekennen op basis van van 2 uren en 15 minuten verpleging en 10 uren persoonlijke verzorging per week voor de periode van 31 oktober 2019 tot en met 30 september 2020.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde een PGB vv dient toe te kennen op basis van 2 uren en 20 minuten verpleging per week en 20 uren en 25 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. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en uit 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.

Zorgverzekering

6.2. In artikel 13 van de zorgverzekering is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv. Dit is nader uitgewerkt door de ziektekostenverzekeraar in het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019' (hierna: het reglement). Partijen zijn het erover eens dat verzekerde recht heeft op een PGB vv. Zij verschillen echter van mening over het aantal uren waarvoor een PGB vv is toegekend. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.

6.3. Verzoekster voert aan dat zij het er niet mee eens is dat voor een groot deel van de geïndiceerde zorg geen PGB vv is toegekend, omdat sprake zou zijn van 'gebruikelijke zorg'. De dagelijkse activiteiten kosten bij verzekerde veel meer tijd vanwege de spasticiteit en het krachtverlies als gevolg van haar hersentumor. Slechts voor deze extra tijd is zorg geïndiceerd. Verzekerde is niet in staat te bukken en zichzelf te wassen. Bovendien is zij motorisch instabiel en bestaat valgevaar. Als gevolg hiervan moet zij geholpen worden bij het wassen/douchen. Omdat het in de situatie van verzekerde van groot belang is dat infecties worden voorkomen, is ervoor gekozen tweemaal daags te douchen. Daarnaast transpireert verzekerde als gevolg van haar aandoening en de behandeling hiervan overmatig. Omdat dit ook 's nachts voorkomt, moeten haar pyjama en haar bed iedere nacht worden verschoond. Ook dit is niet aan te merken als 'gebruikelijke zorg' bij een kind. Verzekerde is ook niet in staat zich zelfstandig aan te kleden. Zoals toegelicht kan verzekerde niet bukken, maar kan zij ook niet zonder hulp op één been staan. Dit maakt het voor haar onmogelijk zelfstandig sokken, een broek, maillot of panty aan te trekken. Dezelfde beperking ervaart zij bij het aan en uit doen van haar (onder)broek als zij naar het toilet gaat. Ook daarbij moet zij dus iedere keer geholpen worden. Ook bij het maken van transfers is verzekerde aangewezen op ondersteuning. Verzekerde kan bijvoorbeeld niet zelfstandig in en uit een auto stappen of traplopen. Zij heeft hierbij continu ondersteuning nodig om een valincident te voorkomen.

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft - na heroverweging van de aanvraag lopende de onderhavige procedure - besloten ten behoeve van verzekerde een hoger PGB vv toe te kennen dan hij aanvankelijk had gedaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar is hij tijdens de onderhavige procedure bekend geworden met nieuwe informatie die hiervoor aanleiding geeft.

De ziektekostenverzekeraar voert aan dat voor de handelingen die zijn geïndiceerd als verpleging een PGB vv is toegekend overeenkomstig de aanvraag. Dit betekent dat hiervoor een PGB vv is toegekend op basis van 2 uren en 15 minuten verpleging per week. Van deze handelingen staat vast dat zij noodzakelijk zijn vanwege een geneeskundig risico.

Ten aanzien van de geïndiceerde persoonlijke verzorging voert de ziektekostenverzekeraar het volgende aan. Het is duidelijk geworden dat verzekerde is gestart met een nieuwe chemotherapie en dat zij een zogenoemde Picc-lijn heeft gekregen. Deze Picc-lijn leidt tot bewegingsbeperkingen, waardoor verzekerde haar rechterarm niet goed kan bewegen. Verzekerde heeft hulp nodig bij het douchen om de lijn goed te pakken en droog te houden om infectie te voorkomen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is daarmee de geneeskundige context voor hulp bij het douchen aangetoond en is hiervoor alsnog een PGB vv toegekend.

Verder is duidelijk geworden dat de nieuwe chemotherapie tot bijwerkingen leidt in de vorm van darmklachten en diarree. Hierdoor kunnen ongelukjes gebeuren. Daarnaast is gebleken dat verzekerde niet in staat is zonder hulp stabiel te staan of te zitten, zij niet kan bukken en dat zij haar rechterbeen niet kan optillen. Dit zijn voor de ziektekostenverzekeraar redenen alsnog te besluiten een PGB vv toe te kennen voor hulp bij kleden en de toiletgang.

De tijd voor spalken blijft opgenomen in het budget, omdat verzekerde hierbij hulp nodig heeft en er een risico is op drukplekken.

Voor de zorg die is geïndiceerd voor hulp bij transfers en het verschonen van het bed en de pyjama in de nacht wordt geen PGB vv toegekend. Dit is geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor de uitleg van verzoekster waarom deze hulp nodig is, leidt dit niet tot een andere beslissing. Het feit dat meer ondersteuning nodig is

bij de persoonlijke verzorging van verzekerde dan bij een 'gezond' kind van vergelijkbare leeftijd, wil namelijk niet per definitie zeggen dat daardoor recht bestaat op een vergoeding vanuit een Zvw-pgb.

- 6.5. Overigens merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in de aanvraag en in het zorgplan tegenstrijdige informatie staat waar het gaat om de draagkracht en draaglast van de ouders. In het zorgplan is beschreven dat een PGB vv ertoe kan leiden verzoekster minder wordt belast, maar uit de aanvraag volgt juist dat zij de geïndiceerde zorg zal gaan verlenen. Verder blijkt uit het zorgplan dat een PGB vv ertoe kan leiden dat de financiële zorgen niet verder oplopen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het PGB vv is bedoeld om de ingezette zorg te vergoeden en niet om een eventueel verlies in inkomen op te vangen. De ziektekostenverzekeraar geeft verzoekster dan ook in overweging het PGB vv in te zetten om deels een andere (informele) zorgverlener in te zetten, zodat zij niet overbelast raakt. Daarnaast tekent de ziektekostenverzekeraar aan dat verzekerde een revalidatietraject volgt, waarbij wordt toegewerkt naar een toename in zelfredzaamheid, het leren omgaan met beperkingen en het gebruik van hulpmiddelen. De ziektekostenverzekeraar verwacht dat een en ander bij het stellen van een nieuwe indicatie wordt betrokken en dat duidelijk wordt onderbouwd bij welke handelingen verzekerde beperkingen blijft ervaren ondanks het ingezette revalidatietraject.
- 6.6. De commissie overweegt dat verpleging en persoonlijke verzorging onder de dekking van de zorgverzekering kunnen vallen als sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundig risico. Dit laatste wil zeggen dat de zorg plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. Het is aan de indicerende wijkverpleegkundige in het zorgplan te onderbouwen dat wordt voldaan aan beide voorwaarden.
- 6.7. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar geen PGB vv heeft toegekend voor de zorghandelingen die in het zorgplan zijn beschreven als (i) verschonen van kleding en het bed en (ii) hulp bij transfers. Dit betreft in de situatie van verzekerde geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit volgt uit het advies van het Zorginstituut van 2 juli 2020. De commissie ziet geen aanleiding van dit advies af te wijken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar geen PGB vv hoeft toe te kennen voor deze zorghandelingen.
- 6.8. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar - in afwijking van de gestelde indicatie - deels een PGB vv heeft toegekend op basis van naar beneden afgeronde kwartieren en deels een PGB heeft toegekend op basis van naar boven afgeronde kwartieren. De commissie oordeelt dat dit niet terecht is. Voor zover aanspraak bestaat op verpleging en persoonlijk verzorging dient de ziektekostenverzekeraar de gestelde indicatie te volgen. Dit betekent dat het PGB vv moet worden gebaseerd op 2 uren en 20 minuten verpleging per week, in plaats van 2 uren en 15 minuten. Daarnaast zou het PGB vv moeten worden gebaseerd op 9 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week, in plaats van 10 uren. Nu de beslissing ten aanzien van de persoonlijke verzorging in het voordeel uitvalt van verzekerde, ziet de commissie geen reden in die beslissing te treden.
- 6.9. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoekster tijdens deze procedure tegemoet is gekomen, ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet voldoen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een PGB vv, zodat het verzoek voor het resterende deel niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzekerde een PGB vv moet toekennen op basis van 2 uren en 20 minuten verpleging en 10 uren persoonlijke verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (iii) hetgeen door verzoekster meer of anders is gevorderd, wordt afgewezen.

Zeist, 23 september 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019 (Zvw-pgb)

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.

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 zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft 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. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op 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 in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach

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

Huisarts.

Artikel 13. 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 coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. U kunt recht hebben op 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 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.

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 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).

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.

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 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

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 rehtens 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.