



# 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), weigeringsgrond, woonadres  
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 : 201901562  
Zittingsdatum : 22 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

---

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. Bij brief van 28 augustus 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 24 oktober 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 30 oktober 2019 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019052784) aan de commissie meegedeeld dat hij geen adviesbevoegdheid heeft en om die reden in dit geschil geen advies kan uitbrengen. Een afschrift is op 1 november 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2020 gehoord.

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 Vitaal Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft met ingang van 6 december 2018 een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) aan verzoeker toegekend op basis van 23 uren Persoonlijke Verzorging per week en 1 uur en 15 minuten Verpleging per week.
- 3.3. Op 5 juni 2019 heeft verzoeker een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van 5 uren en 30 minuten Verpleging per week en 47 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 augustus 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen op de grond dat verzoeker niet over een woonadres beschikt.
- 3.5. Bij brief van 9 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat het PGB vv per 15 juli 2019 wordt beëindigd, omdat hij blijkens de BRP niet over een woonadres beschikt.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 21 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv moet toekennen op basis van 5 uren en 30 minuten Verpleging per week en 47 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de verpleegkundige zorg die vanaf 16 juli 2019 aan verzoeker is verleend moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 de aanspraak op verpleging en verzorging en 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 staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft verpleging en verzorging. In het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019' (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op een PGB vv.

6.3. In artikel 4 van het reglement staat dat een verzekerde geen recht heeft op een PGB vv als hij blijkens de Basisregistratie Personen (hierna: BRP) niet beschikt over een woonadres. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.15c, tweede lid, onder b, Bzv.

6.4. Verzoeker heeft een uittreksel van de BRP overgelegd waaruit volgens hem blijkt dat hij een woonadres heeft. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. Uit het uittreksel volgt namelijk dat hij een briefadres heeft. Dit blijkt ook uit de zogenoemde briefadresovereenkomsten waaruit volgt dat verzoeker vanaf 9 april 2019 tot en met 6 december 2019 een briefadres heeft. Overigens kan uit het verzoekschrift aan de commissie worden geconcludeerd dat verzoeker (tijdelijk) verblijft op een camping/vakantiepark. Hiermee staat vast dat verzoeker niet in de BRP staat ingeschreven met een woonadres. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv terecht heeft afgewezen.

6.5. Verzoeker heeft ter zitting verwezen naar het arrest van de Hoge Raad van 28 juni 2019 (ECLI:NL:HR:2019:1052) en aangevoerd dat hieruit volgt dat een briefadres voldoende is om in aanmerking te komen voor een PGB vv. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. In de procedure bij de Hoge Raad stond de vraag centraal of de deurwaarder een exploit dat is bestemd voor een natuurlijk persoon kan en moet uitbrengen aan een in de BRP opgenomen briefadres. Het antwoord op deze vraag is niet relevant om te beoordelen of verzoeker recht heeft op een PGB vv.

- 6.6. Voor de volledigheid tekent de commissie aan dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar wel mag vragen activiteiten te verrichten die erop gericht zijn de zorg te verkrijgen waarvoor hij een indicatie heeft. Dit lijkt met name zinvol, omdat uit de verklaring van verzoeker volgt dat hij geen zorgverlener heeft kunnen vinden die bereid is de geïndiceerde zorg aan hem te verlenen op zijn (tijdelijke) verblijfplaats.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar kan het PGB vv beëindigen op het moment dat verzoeker blijkens de BRP niet (meer) beschikt over een woonadres. Dit staat in artikel 10.1, onderdeel d, van het reglement. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 augustus 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij vanwege voornoemde reden geen recht meer heeft op een PGB vv per 15 juli 2019. De commissie oordeelt dat deze beslissing terecht is.
- 6.8. Overigens merkt de commissie op dat uit de verklaring van verzoeker volgt dat hij met ingang van 2 januari 2019 door de gemeente is uitgeschreven en dat hij vanaf dat moment niet langer een woonadres in het BRP had. Dit betekent dat verzoeker formeel vanaf dat moment al geen recht meer had op een PGB vv. Dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten het PGB vv per 15 juli 2019 te beëindigen, valt in beginsel dan ook uit in het voordeel van verzoeker. In deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie verder niet treden.
- 6.9. Persoonlijke Verzorging en Verpleging kan - als dit niet wordt vergoed op basis van een PGB vv - onder bepaalde voorwaarden worden vergoed als zorg in natura op grond van artikel 13 van de zorgverzekering. Dan geldt echter de eis dat de geïndiceerde zorg wordt verleend door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat dit is gebeurd. Om die reden heeft hij geen recht op vergoeding van de geleverde zorg als zorg in natura.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 februari 2020,

L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# 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.

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 (Wsnip), 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.

## Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb.

- 10.1 Uw recht op Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:
- a. u niet langer behoort tot de in artikel 2. bedoelde specifieke doelgroep;
  - b. de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning;
  - c. u failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard;
  - d. u blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
  - e. rechtens uw vrijheid is ontnomen;
  - f. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg;
  - g. u om beëindiging van het Pgb verzoekt;
  - h. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
  - i. uw zorgverzekering eindigt.
- 10.2 Wij kunnen uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:
- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1. genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
  - b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
    1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
    2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
    3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
    4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
    5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
    6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen;
    7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
  - c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
  - d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt;
  - e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
  - f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.

## Artikel 11. Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit Zvw-pgb niet houdt aan de regels uit dit reglement, dan kunnen wij het aan u uitbetaalde Zvw-pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

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 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 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.