



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201801904

Zittingsdata : 9 oktober 2019 en 4 maart 2020

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

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 9 april 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem alsnog een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (verder: PGB vv) toe te kennen op basis van twaalf uren Verpleging per week voor de periode van 16 maart 2018 tot en met 16 juni 2019 (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 juni 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 1 juli 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 25 juli 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019034501) de commissie meegedeeld geen advies te kunnen geven. Een afschrift is op 30 juli 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 oktober 2019 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. De tijdens de hoorzitting door verzoeker voorgedragen en overgelegde pleitnota, is bij brief van 11 oktober 2019 in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 13 februari 2020 aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 17 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De commissie heeft in verband met de doofheid van verzoeker en de telefonische deelname van de wederpartij aan de zitting besloten een nieuwe hoorzitting in persoon te laten plaatsvinden. Partijen zijn op 4 maart 2020 in persoon gehoord.
- 2.7. De aantekeningen van de beide hoorzittingen en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 9 maart 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 18 maart 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie is op 20 maart 2020 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden voor 30 maart 2020 te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant restitutie, (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker heeft een aangeboren, chronische stofwisselingsziekte, namelijk de ziekte van Von Gierke. Deze aandoening wordt ook wel GSD (Glycogen Storage Disease) Type 1a genoemd. Ook is bij verzoeker sprake van aangeboren doofheid. Hij draagt daarom een gehoorapparaat, dat hij 's nachts uitdoet. Verzoeker heeft vanwege de ziekte van Von Gierke zorg nodig, die hij wil inkopen met een PGB vv. Hiertoe is een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Het betreft een aanvraag voor een PGB vv voor twaalf uren Verpleging per week voor de periode van 16 maart 2018 tot en met 16 juni 2019.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2018 en 24 mei 2018 telefonisch contact gehad met verzoeker, de indicierend wijkverpleegkundige, en de vader van verzoeker.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 juni 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij de aanvraag voor een PGB vv afwijst.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 28 juni 2018 en 12 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.6. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzoeker verklaard:

"(...)
hypoglycemie (te lage bloedglucosespiegel)

Toelichting:

[Naam verzoeker] heeft een glycogeenstapelingsziekte (Ziekte [van] [V]on Gierke) type 1a. Er is een verstoorde glycogeenstofwisseling waardoor glycogeen niet wordt afgebroken en zich opstapelt in de lever. Er is dus ook geen glycogeen beschikbaar om schommelingen in de glucosewaarden op te vangen. Gevolg hiervan is dat er een abnormale lage glucosegehalte van het bloed bij langer dan twee en een half uur geen eten/drinken krijgt. [Naam verzoeker] voelt een hypoglycemie niet aankomen. [Naam verzoeker] prikt gemiddeld 8 keer per dag zijn bloedsuiker, soms een keer extra als hij denkt dat het laag is. [Naam verzoeker] heeft altijd een rescuetas bij zich, waar[in] onder andere 2 boterhammen, rijst- en speldcrackers, 1 fles 1,5 L water, 3 extra reserve potjes 30 gram maïzena en daarbij nog de rest van de maïzena potjes van de dieetschema hierboven beschreven staat, weegschaal, 3 bloedsuikermeters, infuusnaald en een infuussysteem, glucose, batterijen voor bloedsuikermeters en gehoorapparaten. Ook noodbrieven, noodprotocol voor ambulance en ziekenhuis.

(...)

[Naam verzoeker] doet gemiddeld 8 keer per dag een vingerprik om zijn glucosewaarde te meten, zonodig doet hij dit vaker, of als zijn gedrag verandert prikken zijn ouders/verpleegkundige de glucose middels een vingerprik. Voor deze ziekte is geen continue betrouwbare meting mogelijk.

(...)

[Naam verzoeker] eet en drinkt op vaste tijden. Zijn ouders/verpleegkundige herinneren hem [er]aan dat hij op tijd eet. Glycosade gebruikt [naam verzoeker] gedurende de nacht: om 23.00 uur neemt hij 135 gram Glycosade (met water) in. Daarmee kan hij precies 8 uur overbruggen, dus tot de volgende ochtend om 07.00 uur.

[Naam verzoeker] gebruikt naast zijn vaste maaltijden ook Maïzena

07:00 uur: 40 gram Maïzena

10:00 uur: 40 gram Maïzena

12:30 uur: 40 gram Maïzena

15:30 uur: 40 gram Maïzena

20:00 uur: 40 gram Maïzena

23:00 uur: 135 gram Glycosade

slaap/rustpatroon verstoort familie

Toelichting:

[Naam verzoeker] kan tegenwoordig 8 uur aan één gesloten doorslapen dankzij de Glycosade. Zijn ouders, zijn ondersteuning/begeleiding hebben een licht slaappatroon ontwikkeld.

Gedurende de nacht heeft [naam verzoeker] zijn gehoorapparatuur niet in en kan hij dus geen alarmgeluid van een wekker of een mobiele telefoon horen. Zelfs een tril-weksysteem in zijn bed maakt zijn situatie 's nachts en aan het einde van de nacht niet veilig. Dit laatste is een hulpmiddel waar niet op vertrouwd kan en mag worden, omdat als [naam verzoeker] hier doorheen slaapt hij niet om zeven uur of acht uur zijn maïzena drinkt. Binnen een half uur heeft hij een zodanige ernstige lage bloedsuiker dat hij snel verder doorglijdt in coma, diepe coma tot de dood daarop volgt.

Het moet benadrukt worden in dit kader dat zijn ziektebeeld bij het mislopen van één voeding kan leiden tot een snelle en zeer ernstige hypoglycemie, dat op zijn minst tot ernstige hersenbeschadiging zal leiden of tot overlijden. Vooral aan het einde van de nacht.

Acties:

Monitoren, Bewaken

Signalen/symptomen-fysiek

Ouders monitoren minimaal 1 keer per nacht en vroeg in de ochtend bij [naam verzoeker] (zie hierboven beschreven).

(...)

[Naam verzoeker] zal nooit zelfstandig kunnen wonen en alleen zijn, vanwege de bijzondere combinatie van een functiebeperking (namelijk doofheid) en een ernstige chronische stofwisselingsziekte. Het hele gezinsleven en het werk van zijn ouders zijn rondom de Ziekte van Von Gierke van [naam verzoeker] georganiseerd.

(...)

[Naam verzoeker] geeft aan dat hij bang en angstig is om alleen te zijn in verband met het overvallen hypo's ten gevolge van de dalende glucosewaarden.


(...)"

3.7. Het verslag van de ziektekostenverzekeraar van het telefoongesprek met de indicierend wijkverpleegkundige luidt:


"De verpleegkundige vertelt dat er niet veel in de situatie veranderd is. Hij is inmiddels geslaagd en studeert nu in Enschede. Wat wel veranderd is, is dat [naam verzoeker] sinds kort een horloge heeft waarmee hij zijn vader kan oproepen wanneer hij voelt dat het niet goed gaat. Volgens de verpleegkundige was dit op het moment van de indicatiestelling nog niet nodig geweest. Daarnaast geeft de verpleegkundige aan dat er nog gekeken wordt naar [naam verzoeker] [zijn] veiligheid op school. Als er daar iets gebeurt zal er direct een ambulance ingeschakeld moeten worden. Dit is echter lastig omdat de universiteit een groot terrein is en [naam verzoeker] zich ook druk maakt hoe zij hem op tijd zullen vinden. De verpleegkundige legt uit dat [naam verzoeker] niet op kamers zal gaan, dit is te gevaarlijk. Hij blijft bij zijn ouders wonen zodat zij hem in de gaten kunnen houden. Ze geeft aan dat hen ook een licht slaappatroon hebben ontwikkeld zodat ze hem op tijd horen en kunnen ingrijpen. Volgens de verpleegkundige bestaat de tijd die er geïndiceerd is uit het wakker maken van [naam verzoeker], het in de gaten houden dat hij gaat eten en dat hij op tijd zijn maïzena eet. De verpleegkundige vertelt dat het wel in zijn systeem zit dat hij dit moet doen, maar ouders houden dit toch goed in de gaten. Zeker als [naam verzoeker] nog op pad gaat moet hij goed gegeten hebben. Aan de verpleegkundige gevraagd wat maakt dat [naam verzoeker] de zorg niet zelf kan doen en er tijd geïndiceerd moet worden voor ouders. Ze geeft aan dat de bloedsuiker van [naam verzoeker] ineens kan zakken, op dat moment kan hij niet helder nadenken en vergeet hij bijvoorbeeld dat hij moet eten en zijn bloedsuiker moet controleren. De verpleegkundige vertelt dat zij 1 uur per dag reëel vond voor het geven van aanwijzingen, het in de gaten houden en eventueel bloedsuiker prikken. Gevraagd waarom er dan geen 7 uur per week is geïndiceerd. Hierop geeft de verpleegkundige aan dat allebei de ouders de zorg leveren. Daarnaast gaat er altijd iemand met [naam verzoeker] mee als hij gaat sporten of een activiteit heeft, dit heeft zij ook meegenomen in de uren. De verpleegkundige geeft aan dat [naam verzoeker] op school iemand heeft die hem in de gaten houdt. Het was op het moment van de indicatiestelling nog niet voorgekomen dat het op school niet goed is gegaan. Ze waren op dat moment ook nog bezig om een buddy voor [naam verzoeker] te regelen. De verpleegkundige vertelt dat [naam verzoeker] ook nog doof is, dit is een extra handicap naast de ziekte die hij heeft. Ze geeft aan dat hij nog wel iets kan horen, maar dan moet je hem aankijken en goed articuleren."

- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de twee vorige aanvragen van verzoeker voor een PGB vv toegewezen. De behoefte aan zorg van verzoeker is, in vergelijking met de vorige aanvraag, twee uren afgenomen.
- 3.9. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 25 juli 2019 luidt, voor zover hier van belang:
"(...)
Beoordeling
In het dossier is geen medische informatie aanwezig, wel bevat het dossier de verpleegkundige PGB vv aanvraag en een assessment. Ook bevat het dossier een zorgplan, echter wordt daarin de geïndiceerde zorg en de daaraan gekoppelde uren onvoldoende onderbouwd. Het is onduidelijk voor welke zorg het aantal uren is vastgesteld.
Verweerder heeft het voorgaande jaar een PGB toegekend om 'alles wat betreft de zelfredzaamheid van verzoeker op orde te brengen'. Verweerder stelt dat verzoeker nu voldoende zelfredzaam zou zijn ten opzichte van vorig jaar. Deze stelling wordt onvoldoende onderbouwd, het is op basis van het dossier niet duidelijk wat er veranderd is aan de situatie van verzoeker.
Er ontbreekt een duidelijke medische onderbouwing, per activiteit, waarom verzoeker is aangewezen op deze zorg. Er zijn geen medische redenen aangevoerd waarom verzoeker niet in staat zou zijn zelfstandig de handelingen te verrichten en zijn glucosewaarden tijdig te meten en zo nodig te eten. Mocht er ook zorg geïndiceerd zijn voor toezicht tijdens het sporten, dit blijkt niet duidelijk uit het zorgplan maar wordt wel genoemd in het dossier, dan is dit geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.
Conclusie
Het dossier bevat onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen of verzoeker is aangewezen op de geïndiceerde zorg.
(...)"
- 3.10. Het definitief advies van het Zorginstituut van 18 maart 2020 luidt, voor zover hier van belang:
"(...)
U hebt om een toelichting gevraagd indien het Zorginstituut het voorlopig advies handhaaft. Tijdens de hoorzitting hebben de ouders van verzoeker toegelicht waarom hij is aangewezen op de zorg in de ochtend. De aanvullende stukken bevatten brieven van de behandelend kinderarts en een persoonlijk noodplan.
De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. Het is daarbij aan de wijkverpleegkundige om zo helder mogelijk te onderbouwen hoe zij tot deze indicatiestelling komt. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat een duidelijke medische onderbouwing, per activiteit, waarom verzoeker is aangewezen op deze zorg ontbreekt. Dit is nog steeds het geval nu de indicierend wijkverpleegkundige geen nadere onderbouwing heeft aangeleverd.
Een indicatie maakt duidelijk wat de zorgbehoefte is. Een indicatie is altijd maatwerk, afgestemd met de verzekerde, op basis van diens zorgvragen en diens context. Het Zorginstituut kan niet op basis van verklaringen van de ouders en behandelend arts de indicatie onderbouwen. De vervolgvraag, hoeveel tijd moet worden geïndiceerd voor bepaalde zorgactiviteiten, komt daarom ook niet meer aan de orde. Uit het bovenstaande kan echter ook worden afgeleid dat het Zorginstituut deze vraag in geen geval had kunnen beantwoorden.
(...)"
4. Het geschil
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem het aangevraagde PGB vv toe te kennen (hierna: het verzoek).
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.


 5. Bevoegdheid


 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de 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 verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en bepalingen uit het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


Ten aanzien van de zorgverzekering

 6.2. Partijen verschillen van mening of verzoeker behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, zoals bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar. Tot deze doelgroep behoren verzekerden met een behoefte aan verpleging en/of verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze zorg mag niet gepaard gaan met verblijf. Dit betekent dat de zorg moet plaatsvinden in de eigen omgeving van de verzekerde. Daarnaast moet deze zorg verband houden met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Een en ander volgt uit voornoemd artikel uit het reglement in samenhang met artikel 12 van de zorgverzekering en de Nota van Toelichting bij artikel 2.10 Bzv van 15 oktober 2014.

 6.3. Verzoeker stelt dat hij tot de doelgroep voor een PGB vv behoort. Hij is namelijk niet altijd in staat de benodigde zorg zelf te verrichten. Dit is met name het geval op risicomomenten, zoals tijdens het slapen, het sporten en het verrichten van (zware) inspanningen, en bij momenten van psychische stress en ziekte. Als verzoeker niet tijdig eet, heeft dit ernstige, mogelijk zelfs fatale gevolgen. De ziektekostenverzekeraar betwist dat wordt voldaan aan artikel 2, eerste lid, van zijn reglement. Naar zijn mening bestaat de geïndiceerde zorg voornamelijk uit toezicht en observatie. Omdat daarbij geen overname van zorg aan de orde is, kan niet worden gesproken van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De momenten waarop een overname van zorg nodig is, komen slechts incidenteel voor. Er is volgens de ziektekostenverzekeraar hoofdzakelijk sprake van begeleiding, en die zorg behoort tot het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

 6.4. Voor zover de vraag aan de orde is of aanspraak bestaat ten laste van de Wmo, tekent de commissie aan dat zij niet bevoegd is hierover te oordelen.

 6.5. Waar het gaat om de aanspraak ten laste van de zorgverzekering geldt het volgende. Zoals het Zorginstituut terecht aantekent, wordt uit de aanvraag en het zorgplan niet duidelijk welke zorg en hoeveel tijd per zorgactiviteit de indicierend wijkverpleegkundige heeft geïndiceerd. Dit eerste is echter wel af te leiden uit de telefoonnotitie van de ziektekostenverzekeraar van 7 mei 2018. Kennelijk zijn door de indicierend wijkverpleegkundige de volgende vormen van zorg geïndiceerd: het (fysiek) wekken van verzoeker in de ochtend, de controle op en eventuele aansporing tot tijdige voedselinname, het controleren van de glucosewaarde door middel van een vingerprik, en het houden van toezicht tijdens het sporten en activiteiten.

 6.6. Uit de adviezen van het Zorginstituut van 25 juli 2018 en 18 maart 2020 blijkt verder het volgende. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, namelijk dat verzoeker ten opzichte van de

vorige aanvraag voldoende zelfredzaam is, is niet voldoende gemotiveerd. Daarentegen is door de indicierend wijkverpleegkundige de behoefte van verzoeker aan verpleegkundige zorg niet voldoende onderbouwd. Niet duidelijk is waarom verzoeker medisch gezien niet in staat zou zijn de desbetreffende zorgactiviteiten zelf te verrichten. Een tekortkoming in de onderbouwing van de indicatie kan alleen worden weggenomen door de indicierend wijkverpleegkundige. Voorts is het houden van toezicht tijdens het sporten en eventuele andere activiteiten geen zorg zoals verpleegkundigen die in de eigen omgeving van verzekerde plegen te bieden. Het Zorginstituut komt op basis hiervan tot de conclusie dat geen advies kan worden gegeven inzake de vraag of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag al dan niet terecht heeft afgewezen.

- 6.7. De commissie overweegt dat het, gelet op de artikelen 149 en 150 van het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering (Rv), aan verzoeker is aannemelijk te maken dat hij behoort tot de doelgroep voor een PGB vv.

Uit de verklaringen van verzoeker en zijn ouders blijkt dat hij medisch gezien niet altijd in staat is de ochtendzorg zelf te verrichten. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband erkend dat geen wekhulpmiddelen bestaan waarvan het functioneren – ondanks adequaat gebruik – ten allen tijde kan worden gegarandeerd. Voorts heeft verzoeker gesteld, en heeft de ziektekostenverzekeraar niet betwist, dat zijn bloedsuikerspiegel door het relatief grote tijdsverloop in de nacht 's ochtends dusdanig laag is dat hij – ondanks het afgaan van een wekhulpmiddel – niet meer in staat is wakker te worden of de direct daarna noodzakelijke zorghandelingen te verrichten. Van verzoeker kan, anders dan de ziektekostenverzekeraar veronderstelt, niet worden verlangd dat hij zijn nachtrust in dit verband verkort. Dit leidt tot de conclusie dat verzoeker wat betreft de zorg in de ochtend aannemelijk heeft gemaakt dat hij behoort tot de doelgroep voor een PGB vv. Deze zorg bestaat, gelet op de door de ouders van verzoeker gegeven toelichting, uit het erop toezien dat verzoeker wakker wordt, zijn bloedsuikerspiegel meet en maïzena tot zich neemt. Zo nodig worden deze vormen van zorg overgenomen. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, kan uit het advies van het Zorginstituut van 25 juli 2019 worden afgeleid dat, met uitzondering van het toezicht tijdens het sporten en andere activiteiten, toezicht en observatie zorg is zoals verpleegkundigen plegen te bieden.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat verzoeker ten tijde van ziekte behoefte heeft aan een overname van zorg. Daarmee staat vast dat verzoeker medisch gezien ook op die momenten niet in staat is de geïndiceerde zorg zelf uit te voeren. Dat dit slechts sporadisch aan de orde zou zijn, is alleen voor de hoogte van het PGB vv relevant.

Als gezegd blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 25 juli 2019 dat het houden van toezicht tijdens het sporten en eventuele andere activiteiten geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verzoeker heeft voor deze zorg daarom geen aanspraak op een PGB vv.

Voor de overige geïndiceerde zorg geldt dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij deze medisch gezien niet zelf kan verrichten. Verzoeker heeft daarom evenmin aanspraak op een PGB vv voor deze zorg.

Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv voor ochtendzorg en zorg tijdens ziekte. Ten aanzien van de hoogte van het PGB vv geldt het volgende.

- 6.8. Vanwege het ontbreken van een tijdsspecificatie per zorgactiviteit van de indicierend wijkverpleegkundige én normtijden van de betrokken beroepsgroep bepaalt de commissie dat verzoeker wat betreft de ochtendzorg en zorg tijdens ziekte is aangewezen op maximaal één uur zorg per dag. De ziektekostenverzekeraar moet aan verzoeker aldus een PGB vv toekennen voor maximaal 7 uren per week voor de periode van 16 maart 2018 tot en met 16 juni 2019.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv. Het meer of anders gevorderde kan daarom niet worden toegekend op basis van deze verzekering.

Eerdere toekenning PGB vv

- 6.10. Verzoeker meent dat hij aan de eerdere toekenning van een PGB vv door de ziektekostenverzekeraar aanspraak kan ontlenen voor het PGB vv in kwestie. Hij voert in dit verband aan dat de onderhavige aanvraag identiek is aan de vorige. Ook is zijn situatie sindsdien niet gewijzigd. Verzoeker brengt verder naar voren dat hij hard heeft gewerkt aan het vergroten van zijn zelfredzaamheid. De ziektekostenverzekeraar heeft hiernaar in het kader van de aanvraag geen onderzoek gedaan, terwijl hij dit wel had moeten doen. Helaas is de top van de zelfredzaamheid van verzoeker bereikt. Laatstgenoemde verwijst voorts naar het advies van het Zorginstituut. Volgens deze organisatie heeft de ziektekostenverzekeraar niet deugdelijk onderbouwd waarom verzoeker ten opzichte van de vorige aanvraag volledig zelfredzaam is. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat de eerdere toekenning van een PGB vv was gebaseerd op coulance.
- 6.11. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de vorige aanvraag voor een PGB vv aan verzoeker heeft meegedeeld: *"Vanwege een nieuwe studie en daarmee samenhangende aspecten, daarbij het omgaan met deze bijzondere ziekte verder in ogenschouw genomen, keuren wij de aanvraag goed voor 14 uur persoonlijke verzorging voor maximaal 1 jaar. Wij gaan er vanuit dat [naam verzoeker], samen met zijn behandelaren, ouders en buddy, het komende jaar kan komen tot een mate van zelfredzaamheid in het omgaan met zijn zorgaspecten zodat hij tijdens zijn volgende studie jaren de daarbij horende handelingen in zelfstandigheid kan uitvoeren."*
- Uit deze passage blijkt dat de ziektekostenverzekeraar destijds van mening was dat verzoeker kon leren de geïndiceerde zorgactiviteiten zelf te verrichten, in welk geval geen aanspraak bestaat op een PGB vv. Bovendien blijkt hieruit dat het een eenmalige toekenning betrof, omdat de ziektekostenverzekeraar verwachtte dat verzoeker de zorg na een jaar zelf zou kunnen uitvoeren. Verzoeker had hieruit kunnen en moeten begrijpen dat de ziektekostenverzekeraar een eventuele volgende aanvraag zou toetsen aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en niet zonder meer zou goedkeuren. Zoals hiervoor is overwogen, is althans wat betreft een deel van de aanvraag niet aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voldaan. Het beroep van verzoeker op de eerdere goedkeuringen van zijn aanvragen faalt daarom.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv zal toekennen voor maximaal 7 uren per week voor de periode van 16 maart 2018 tot en met 16 juni 2019;
 - de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- zal betalen;
 - het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 15 april 2020,

G.R.J. de Groot

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

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

Waar mag de voetzorg worden verleend

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

Bijzonderheden

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

Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Omschrijving

Uw recht op 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 van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement.

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

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

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

Verwijsbrief nodig van

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

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

Artikel 10. Klachten en geschillen

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

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

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

10.2. e-Court

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

10.3. Klachten over onze formulieren

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

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

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk twee maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stoppen met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen. Wij informeren u hierover uiterlijk drie maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de IZZ Basisverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1 en 6.4.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

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

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

- a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.4;
- b. als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- c. als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel(kunnen) leiden;
- d. als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

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

Artikel 7. Klachten en geschillen

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

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

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

7.2. e-Court

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

7.3. Klachten over onze formulieren

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

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

Artikel 8. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kunt u een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en Bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u de mogelijkheden.

Artikel 1. Inleiding

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

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

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

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringwet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
 - a. Onder zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij ons;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. of u zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet hebt gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

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.

(...)

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.

(...)

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.

(...)