



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW  
Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, 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  
2017

Zaaknummer : 201901682

Zittingsdatum : 17 juni 2020



Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( G.R.J. de Groot, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

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

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
  - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 1 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 12 mei 2020 aan verzoeker gezonden.
  - 2.3. Op 2 juni 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020021917) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 2 juni 2020 aan partijen gestuurd.
  - 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2020 gehoord.
  - 2.5. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld een aanvullende verklaring over te leggen van zijn huisarts. Deze is op 17 juli 2020 door de commissie ontvangen en op 21 juli 2020 per brief aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Daarbij is hij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Op 3 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden.
  - 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 september 2020 heeft het Zorginstituut een definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn geteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 september 2020 per e-mail meegedeeld van deze gelegenheid geen gebruik te maken. Verzoeker heeft per brief van 30 september 2020 gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
  - 3.2. Op 6 december 2017 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 21 uren persoonlijke verzorging en 7 uren verpleging per week.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 22 juni 2017 over verzoeker verklaard: (...) *Casus*

*Dhr is vanaf zijn 18e levensjaar bekend met schizofrenie. De ziekte kwam tot uiting op het moment hij zelfstandig moest werken en wonen. Dhr is op zijn 23e uit Turkije naar Nederland verhuisd. Hier woont hij nu met zijn moeder en 2 zussen in huis. Familie heeft altijd voor dhr. gezorgd. Al lange tijd zijn er vermoedens van een verstandelijke beperking. Onderzoek hier naar loopt momenteel bij het Radboud MC.*

*Dhr is dagelijks onrustig. Dit uit zich in stampvoeten, agressie, dingen gooien, plukgedrag. Dhr heeft hallucinaties en wanen. Moet hierdoor met regelmaat in zijn handelen gecorrigeerd worden. Dhr krijgt hiervoor kalmerende middelen.*

#### *Voorgeschiedenis*

*Schizofrenie (waarvoor in behandeling bij Parnassia), Diabetes, Obesitas, Wond op linker enkel (waarvoor in behandeling bij huisarts). Vermoedens van een verstandelijke beperking*

#### *Sociaal leven en dagbesteding*

*Dhr is niet in staat zelf invulling te geven aan zijn daginvulling.*

#### *Inzet mantelzorg*

*Familie verzorgt dhr. Dhr heeft 24 uur toezicht en begeleiding nodig. Moeder is bekend met dementie.*

#### *Huidige zorg*

*Ochtend: Hulp bij ADL (douchen, scheren, incontinentiemateriaal verschonen, tandenpoetsen, aankleden). Wondzorg (dhr is erg onrustig tijdens de wondzorg waardoor verbinden moeizaam gaat en tijdrovend is). Medicatie ingeven (+movicolon), begeleiden bij gebruik salbutamol. Bloedsuiker controleren + Victoza injecteren. Ontbijt klaarmaken en dhr helpen met eten.*

#### *Middag:*

*Lunch klaarmaken en dhr helpen met eten. Medicatie ingeven. Incontinentiemateriaal verschonen.*

#### *Avond:*

*Maaltijd klaarmaken en dhr helpen met eten. Bloedsuikercontrole. Medicatie ingeven, begeleiden bij gebruik salbutamol. Incontinentiemateriaal verschonen. Omkleden voor de nacht.*

#### *Zorgmomenten tussendoor*

*Op advies van huisarts 6 kleine maaltijden gedurende de dag om bloedsuikerwaarden stabiel te houden. Indien nodig bloedsuikercontrole. Dhr kan niet aangeven wanneer hij een hypo/hyper voelt. Bij onrust wordt de bloedsuiker gecontroleerd. Incontinentiemateriaal verschonen indien nodig. Maximaal absorberend materiaal werkt onvoldoende. (...)*

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 augustus 2018 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 31 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Op 18 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat alsnog een PGB vv wordt toegekend voor de bloedsuikercontroles en injecties van antidiabetica.

3.6. Op 19 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 3 uren en 30 minuten verpleging per week voor de periode van 1 juli 2017 tot en met 31 december 2017.

3.7. Op 1 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar in een brief aan de commissie verklaard dat eveneens een PGB vv is toegekend op basis van 3 uren en 30 minuten verpleging per week voor de jaren 2018, 2019 en 2020.

3.8. Op 2 juni 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:  
*"(...) Medische beoordeling  
Na kennisneming van het geschil heeft het Zorginstituut dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.*

*Het dossier bevat geen medische informatie, wel is de PGB vv aanvraag en een zorgplan aanwezig in het dossier.*

*Het is niet duidelijk wat de wondzorg in verband met de wondjes op de linkerenkel van verzoeker feitelijk inhoudt. Voor wondjes op een enkel is in het algemeen geen langdurige zorg nodig. De geneeskundige context van deze zorg is onvoldoende onderbouwd.*

*De zorg rondom het bereiden van maaltijden is slechts in zeer beperkte gevallen zorg die kan vallen onder de Zvw. De gezondheidsrisico's die daarvoor noodzakelijk zijn lijken te ontbreken in deze casus.*

*De overige niet toegekende uren met betrekking tot hulp bij het douchen, aankleden, tandenpoetsen, scheren, incontinentiemateriaal vervangen, medicatie aanreiken en hulp bij het naar bed gaan kan zorg zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier lijkt echter de geneeskundige context te ontbreken. De nadruk van de zorgverlening ligt op de begeleiding van verzoeker. De brief van de gemeente lijkt dit te bevestigen aangezien hierin wordt aangegeven dat verzoeker na behandeling mogelijk recht heeft op zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).*

*(...)*

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

*Conclusie*

*De geneeskundige context van de niet toegekende geïndiceerde zorg is onvoldoende onderbouwd. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv voor deze zorg ten laste de basisverzekering. (...)"*

3.9. Op 15 juli 2020 heeft de huisarts over verzoeker verklaard:  
*"(...) 1. [verzoeker] is absoluut niet in staat om met instructies zich aan/om te kleden, te wassen, tanden te poetsen en het toilet te bezoeken. Hij is zwaar psychotisch en zwak begaafd. Hij kan niet leven zonder hulp bij dagelijkse leven en persoonlijke verzorging. Hij kan nooit op spreekuur komen, wordt er altijd visite gedaan bij klachten, maar communicatie niet mogelijk en onderzoeken is moeilijk vanwege geen instructies kunnen volgen.  
2. Hij is niet in staat om te weten wanneer hij moet eten, om zelf al dan niet met instructies te eten of moet gevoerd worden. Als hij niet geholpen wordt bij eten, dan krijgt hij ernstige gevolgen onder andere dysregulatie van DM en ongewild gewichtsverlies en dehydratie.  
3. Vanwege katatonie bij Schizofrenie zit of ligt hij heel lang op dezelfde houding waardoor hij drukplekken en wonden krijgt. Hij kan niet voor zijn wonden zorgen met kans op uitbreiding van de wond en infectie. (...)"*

3.10. Op 15 september 2020 heeft het Zorginstituut verklaard:  
*"(...) Naar aanleiding van de aanvullende stukken merkt het Zorginstituut het volgende op. 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 de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is. Dit is nog steeds het geval nu de indicerende 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 de verklaring van de huisarts de indicatie onderbouwen. (...)"*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv moet toekennen op basis van 21 uren persoonlijke verzorging en 7 uren verpleging per week voor de periode van 1 juli 2017 tot en met 31 december 2020.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de zorgverzekering en artikel 13 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 een 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. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een PGB vv toegekend voor de periode van 1 juli 2017 tot en met 31 december 2020 op basis van 3 uren en 30 minuten verpleging per week. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden een PGB vv toe te kennen op basis van 21 uren persoonlijke verzorging per week en 7 uren verpleging per week. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.

6.3. Verzoeker voert aan dat een indicatie is gesteld op basis van 30 minuten verpleging per dag in de vorm van diabeteszorg. Verder is een indicatie gesteld op basis van 30 minuten verpleging per dag in de vorm van wondverzorging. De ziektekostenverzekeraar heeft een PGB vv toegekend voor diabeteszorg, maar niet voor de wondverzorging als gevolg van decubitus. Wondverzorging is echter ook duidelijk medische zorg. Volgens verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwd waarom hiervoor geen PGB vv is toegekend. Verzoeker voert daarnaast aan dat de ziektekostenverzekeraar de geïndiceerde persoonlijke verzorging ten onrechte heeft afgewezen. In artikel 2 van het reglement staat namelijk dat de zorg moet samenhangen met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Verzoeker is onder behandeling bij een psychiater. De zorg die een psychiater verleent, is geneeskundige zorg. Dit blijkt uit artikel 2.4 Bzv. Verder kan de behandeling door de psychiater niet slagen zonder de geïndiceerde zorg. Ook blijkt uit de recent door het Zorginstituut gepubliceerde

richtlijn 'Verpleegkundige indicatiestelling: een nadere duiding' van 28 maart 2019 dat gelet op de geneeskundige context in geval van verzoeker aanspraak op persoonlijke verzorging kan bestaan op grond van de zorgverzekering. Er is bij verzoeker namelijk constant sprake van een instabiele gezondheidssituatie en dreigende gezondheidsrisico's.

Naar aanleiding van de adviezen die het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht, heeft verzoeker gesteld dat de aanvullende verklaring van de betrokken huisarts ten onrechte niet is betrokken bij de beoordeling. Deze verklaring verduidelijkt de (medische) situatie van verzoeker en geeft - in samenhang gelezen met de indicatie die door de wijkverpleegkundige is gesteld - meer inzicht over de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg. Daarbij merkt verzoeker op dat uit de toepasselijke wet- en regelgeving niet volgt dat een indicatie uitsluitend kan worden onderbouwd of beoordeeld door een wijkverpleegkundige. Integendeel, zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut laat zich adviseren door een medisch adviseur. Hieruit volgt dat medici in het algemeen ook tekst en uitleg kunnen en mogen geven.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat voor het aantal uren dat is geïndiceerd ten aanzien van de bloedsuikercontroles en injecties met antidiabetica een PGB vv is toegekend op basis van 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Deze handelingen zien op de behandeling van een somatische aandoening (diabetes type II). Dit PGB vv is toegekend met terugwerkende kracht vanaf 1 juli 2017. In artikel 6, lid 4 van het reglement is opgenomen dat een PGB vv per kalenderjaar wordt vastgesteld. Voor opvolgende jaren kan een toekenningsbeschikking worden afgegeven op basis van de eerder ingediende aanvraag en indicatie.

De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat geen PGB vv is toegekend voor wondverzorging. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dat in dit geval geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, maar is sprake van zelfzorg. Zelfzorg valt niet onder de dekking van de zorgverzekering. Daarnaast bestaat evenmin recht op een PGB vv voor handelingen waarbij het zelfzorgtekort het gevolg is van een psychische aandoening. Dat dit aan de orde is bij verzoeker blijkt uit de (medische) informatie uit het dossier. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar het rapport 'De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis' van het Zorginstituut van 17 augustus 2015. Hierin is opgenomen dat:

*"De geneeskundige zorg voor de psychische stoornis en de lichamelijke aandoening of beperking wordt vergoed vanuit de Zvw. Ondersteuning en begeleiding bij de omgang met de beperkingen regelt de gemeente op grond van de Wmo, evenals begeleid zelfstandig of beschermd wonen. Indien de lichamelijke/somatische beperking maakt dat permanent toezicht of 24 uur zorg nabij nodig is, heeft de verzekerde aanspraak op zorg op grond van de Wlz (Wet langdurige zorg). De behandeling voor de psychische stoornis blijft dan een aanspraak in de Zvw. Alleen als de (behandeling van de) stoornis een integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de lichamelijke/somatische beperking, valt de psychiatrische zorg ook onder de Wlz."*

Hierin is tevens opgenomen: *"Begeleidingsactiviteiten die een niet geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist en waarbij geen directe terugkoppeling naar de behandeling nodig is, worden niet gerekend tot geneeskundige GGZ. Deze begeleidingsactiviteiten kunnen mogelijk vallen onder de Wmo 2015."*

- 6.5. De commissie overweegt dat verpleging en persoonlijke verzorging onder de dekking van de zorgverzekering kan vallen als sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context. Dit laatste wil zeggen dat de zorg moet plaatsvinden met het oog op herstel van de gezondheid of het voorkomen van verergering van een aandoening. Het is aan de indicerende wijkverpleegkundige in de aanvraag en in het zorgplan te onderbouwen dat aan beide punten wordt voldaan. Dit volgt uit artikel 5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een PGB vv afgewezen op twee gronden. In de eerste plaats omdat verzoeker geen aanspraak kan maken op verpleging en persoonlijke verzorging als het zelfzorgtekort het gevolg is van een psychische aandoening. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd. De commissie overweegt dat het enkele feit dat het zelfzorgtekort van verzoeker voor een groot deel kan worden verklaard door een psychische aandoening niet uitsluit dat aanspraak kan worden

gemaakt op verpleging en persoonlijke verzorging. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 2 juni 2020. Het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar hierover heeft ingenomen is dan ook onjuist.

De commissie overweegt verder dat in het zorgplan is beschreven dat verzoeker ondersteuning nodig heeft bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), wondverzorging, het aanreiken van medicatie, het verschonen van incontinentiemateriaal, het koken, eten en bij het omkleden. Hiervoor zijn in totaal 21 uren persoonlijke verzorging per week geïndiceerd. Uit de aanvraag en het zorgplan blijkt onvoldoende duidelijk dat het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en is ook de geneeskundige context niet voldoende duidelijk beschreven. Uit het zorgplan blijkt bijvoorbeeld dat 24-uurs toezicht en begeleiding aan de orde is. Dit is naar zijn aard echter geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder worden in het zorgplan verschillende zorghandelingen beschreven, maar wordt niet onderbouwd waarom deze interventies nodig zijn en tot welke zorgdoelen zij leiden. Daarmee is de geneeskundige context onvoldoende onderbouwd. Het is aan verzoeker - die aanspraak wenst te maken op de onderhavige zorg - een deugdelijke aanvraag in te dienen, voorzien van een verpleegkundige indicatie die is gesteld volgens de normen die de beroepsgroep hieraan verbindt. In deze opzet is hij niet geslaagd. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in de adviezen van 2 juni 2020 en 15 september 2020.

- 6.7. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd - met name dat aan de hand van zijn verklaring, de verklaring van zijn zorgverlener en de verklaring van de huisarts de geneeskundige context ook kan worden onderbouwd - treft geen doel. Zoals hiervoor is overwogen, als ook is vermeld in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, is het aan de indicerende wijkverpleegkundige de geneeskundige context te onderbouwen. De door verzoeker genoemde verklaringen kunnen om die reden niet doorslaggevend zijn.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.8. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen dekking voor verpleging en persoonlijke verzorging opgenomen, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2020,



G.R.J. de Groot



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## Artikel 1 Algemene informatie

- 1.1 Wanneer u op basis van artikel 17 van de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering aanspraak kunt maken op verpleging en verzorging, kunt u ervoor kiezen om een persoonsgebonden budget (hierna: Zvw-pgb) aan te vragen. Met het Zvw-pgb kunt u zelf uw verpleging en verzorging inkopen.
- 1.2 Niet iedereen kan een Zvw-pgb aanvragen. U moet hiervoor aan bepaalde voorwaarden voldoen. Deze voorwaarden vindt u terug in het Reglement Zvw-pgb (hierna: Reglement). Verder staan in dit Reglement uw rechten, plichten, taken en verantwoordelijkheden in het kader van het Zvw-pgb omschreven. Tot slot vindt u in dit Reglement informatie over praktische zaken, zoals de wijze waarop u een Zvw-pgb bij ons kunt aanvragen en hoe u gemaakte kosten bij ons moet declareren. Het Reglement maakt onderdeel uit van onze polisvoorwaarden.

### *Toepassingsbereik*

- 1.3 Het Reglement is van toepassing als u bij DSW een zorgverzekering heeft gesloten in de zin van artikel 1, sub d Zorgverzekeringswet.

### *Grondslag*

- 1.4 De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het Reglement zijn ontleend aan de bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die in oktober 2016 zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en budgethoudersvereniging Per Saldo.

### *Wijzigingsbeding*

- 1.5 Wij behouden ons het recht voor om in het geval dat gedurende het jaar 2017 wijzigingen optreden in de relevante wet- en regelgeving, het Reglement aan te passen conform de gewijzigde wetgeving.

## Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

1. 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 (hieronder valt ook de Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT));
2. onder de zorg zoals benoemd in 2.1. valt niet de verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en
  - er behoefte is aan permanent toezicht, of
  - 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en deze zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
4. 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 moet voldoen aan alle volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in art. 2.1 en 2.2. van dit Reglement die niet ouder is 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. Het oordeel is mede-afhankelijk van de volgende aspecten:
  - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet in 2017 of eerdere jaren 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 een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
  - e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
  - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.
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 (zie hiervoor [Artikel 8: Verplichtingen](#));
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 er 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. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.

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, dan wel 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 in ieder geval 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 (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen (zie hiervoor [Artikel 8: Verplichtingen](#));
2. u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een telefonisch “bewuste keuzegesprek” dat door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het bewuste keuzegesprek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. u koopt zorg in bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
7. u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in [artikel 2.1 en 2.2](#). Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in [artikel 2.1. en 2.2](#). dient in één indicatie te zijn verwoord.
8. uw (wettelijke) 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 (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  - b. beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
  - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
  - d. heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
  - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit failliet verklaard
  - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
9. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg, zoals vastgesteld wordt door V&VN. Zoals beschreven in de Bestuurlijke Afspraken Artikel 3.3b.

## Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

1. U vraagt een Zvw-pgb aan door bij ons het Zvw-pgb aanvraagformulier in te dienen. Dit aanvraagformulier vindt u op onze website [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl). U kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Het aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerden deel:

a. Verpleegkundig deel (I)

Het verpleegkundig deel bevat de door de verpleegkundige vastgestelde indicatie en een aantal door de verpleegkundige te beantwoorden vragen.

b. Verzekerden deel (II)

In het verzekerden deel geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en/of verzorging aan van welke zorgverlener(s) u gebruik wenst te maken. Ook moet u aangeven bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het Zvw-pgb wenst te contracteren.

Let op:

- a. U moet er bewust voor kiezen om bij de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorg die wordt verleend door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s). Zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder noemen wij 'zorg in natura' (ZIN).
  - b. U moet een nieuwe aanvraag Zvw-pgb indienen wanneer u bij de invulling van uw zorgvraag kiest voor een andere verhouding tussen zorg die u zelf op basis van het Zvw-pgb inkoopt en zorg in natura (ZIN).
  - c. Als u een Zvw-pgb heeft met de indicatie verzorging én verpleging mag u de functies 'verzorging' en 'verpleging' onderling met elkaar uitruilen. Het uitruilen van functies is niet mogelijk bij de indicatie MSVT of wanneer u bent geïndiceerd voor alleen verzorging of alleen verpleging.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en een (telefonisch) bewust keuzegesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in [artikel 2](#) en [artikel 3](#) en zich geen van de in [artikel 4](#) genoemde weigeringsgronden voordoet, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
  3. U bent in het bezit van een door verpleegkundige, zoals gedefinieerd in dit reglement, gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
  4. Voor Intensieve Kindzorg, zorg zoals verwoord in art. 2.2., bent u in het bezit van een indicatie gesteld middels het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een HBO-kinderverpleegkundige die werkzaam is bij een bij de VGVK en/of BMKT aangesloten zorgaanbieder;
  5. Voor medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT) bent u in het bezit van een indicatie daartoe van de medisch specialist.
  6. Indien u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
  7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/ of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorg in natura aanbieder is.
  8. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotse-linge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
  9. Na verblijf in een instelling dat medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd.

---

## 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.

(...)