



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), verlaging
aantal uren

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en
2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende
ziektelastenverzekering 2020

Zaaknummer : 202001601

Zittingsdatum : 6 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 16 juli 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 november 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 7 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020048779) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 9 december 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 20 november 2020 respectievelijk 9 december 2020 verklaard niet te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 15 december 2020 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De brief van verzoeker van 15 december 2020 is op 6 januari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 11 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren, maar hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend drie sterren en Extra Aanvullend Werknemer 11 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft een ernstige vorm van multiple sclerose (MS) en heeft als gevolg hiervan veel zorg nodig. Hij heeft jarenlang van de ziektekostenverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) ontvangen op basis van 40 uren Persoonlijke Verzorging per week. Voor het jaar 2020 heeft hij een nieuwe aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 9 december 2019 over verzoeker verklaard:

"(...) Dhr is als gevolg van spasme zenuwpijnen, vergroeiing rechter hand en koude voeten en handen door trombose niet in staat zichzelf lichamenlijk te verzorgen. dhr is ook ontzettend vermoeid als gevolg van PPMS (...)

Persoonlijke hygiëne

dhr wordt meerdere keren per dag persoonlijk verzorgd (...)

Signalen / symptomen:

- *niet in staat voedsel te verkrijgen/bereiden*
- *overig, dhr is als gevolg van spasme vergroeiing re hand en zenuwpijnen niet in staat voeding te bereiden en bestek vast te houden (...)*

Toelichting:

Dhr reageert goed op een veganistisch dieet uit de alternatieve geneeskunde (...)

Voeding, beleid / balans

dhr krijgt meerdere keren per dag veganistische maaltijden aangereikt (...)

Signalen / symptomen:

- *niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp (...)*

Toelichting:

Dhr is afhankelijk van alternatieve geneesmiddelen bestaande uit tincturen en poeders aangezien er geen reguliere medicatie voor PPMS bestaat. Dhr is afhankelijk van echtgenote voor de voorbereiding en toediening van deze medicatie (...)

Medicatie-toediening

dhr krijgt gemiddeld 5-6 x dd medicatie toegediend (...)

Signalen / symptomen:

- *zittende levensstijl, weinig beweging (...)*

Toelichting:

Dhr is als gevolg van spasme en trombose in linker been en buik en de pijn die hiermee gepaard gaat niet in staat zelfstandig te staan. Kan met hulp van echtgenote paar stappen doen. Is voor transfers van en naar bed, rolstoel en scootmobiel afhankelijk van echtgenote (...)

Mobiliteit/transfer

Dhr moet gemiddeld 6 x per dag met hulp transfer van bed naar rolstoel, toilet of scootmobiel maken (...)

Signalen / symptomen:

- *slaap apneu (...)*

Toelichting:

dhr is niet in staat zelf apneu apparaat te bedienen en schoon te maken (...)

Rust/slaap

dagelijks apneu apparaat aansluiten en schoonmaken (...)

Signalen / symptomen:

- *urine incontinentie*

- overig. Door gevoeligheid voor blaasontstekingen door PPMS moet dhr veel drinken. Heeft geen controle over blaasspier en is niet mobiel (...)

Toelichting:

dhr is als gevolg van PPMS incontinent van urine en soms ook ontlasting. Incontinentiemateriaal was niet afdoende waardoor hij meerdere malen per dag een urinaal aangelegd krijgt van echtgenote. (...)

Blaaszorg

meerdere malen per dag soms tot wel 9 x urinaal aanleggen en legen (...)

Signalen / symptomen:

- overig, heeft als gevolg van CRP51 zenuwpijnen (...)

Toelichting:

Zenuwpijnen worden behandeld met TENSE, massage en oefeningen (...)

Overigen

dhr heeft meerdere malen per week TENSE behandeling nodig en dagelijks massage en oefeningen (...)"

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 40 uren Persoonlijke Verzorging per week. Het aangevraagde PGB vv kent een ingangsdatum van 5 februari 2020 en een einddatum van 5 februari 2022.

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 maart 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 26 uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 11 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 7 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) In het dossier is de PGB vv aanvraag aanwezig met het daarbij behorende zorgplan. Ook is er een beschrijving inclusief onderbouwing van de geïndiceerde zorg aanwezig opgesteld door de partner van verzoeker. Het dossier bevat verder geen medische informatie.

Maaltijdverzorging

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 zorg wordt in het zorgplan niet onderbouwd door de indicierend verpleegkundige.

Medicatie inname en schoonmaken vaporizer

Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om vast te stellen of deze zorg redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk van verzoeker. Voordat toegekomen wordt aan deze vraag moet vast staan dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De onderbouwing voor deze zorg ontbreekt echter in het zorgplan. Daarnaast blijkt uit het dossier dat de indicierend verpleegkundige heeft aangegeven dat het schoonmaken van de vaporizer eigenlijk geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Conclusie

De geneeskundige context van de maaltijdverzorging en medicatie inname is onvoldoende onderbouwd door de wijkverpleegkundige. Het schoonmaken van de vaporizer is geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verzoeker kan daarom voor deze zorg geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op een PGB vv voor de maaltijdverzorging, medicatie inname en het schoonmaken van de vaporizer ten laste van de basisverzekering. (...)

3.7. Het Zorginstituut heeft op 11 januari 2021 verklaard:

"(...) Uit de reactie komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geïndiceerde zorg te onderbouwen. Er is geen nadere onderbouwing aangeleverd waardoor de geneeskundige context van de maaltijdverzorging en medicatie inname nog steeds onvoldoende onderbouwd is. De indicierend wijkverpleegkundige heeft zelf aangegeven dat het schoonmaken van apparatuur geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Daarmee is de indicatie niet meer onderbouwd en kan het Zorginstituut geen andere mening toegedaan zijn.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut per abuis alleen het schoonmaken van de vaporizer genoemd. De indicierend wijkverpleegkundige heeft echter aangegeven dat het schoonmaken van apparatuur in het algemeen geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, dit geldt dus voor de vaporizer en het apneuapparaat. Er is geen tijd geïndiceerd voor het schoonmaken van het Tense 2 apparaat. Dat het schoonmaken van apparatuur in het algemeen geen zorg is zoals verpleegkundigen plegen te bieden betekent niet dat de wijkverpleegkundige de apparatuur niet kan schoonmaken, maar deze hoort dan bij het aan- en afsluiten van de desbetreffende apparatuur. Het schoonmaken van apparatuur hoort niet afzonderlijk geïndiceerd te worden. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem alsnog een PGB vv te verstrekken op basis van 40 uren Persoonlijke Verzorging per week.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker




6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat er geen algemene regel is waaruit volgt dat het aanreiken van medicatie gebruikelijke zorg zou betreffen. Bij het bepalen of een handeling tot de gebruikelijke zorg moet worden gerekend, wordt niet alleen gekeken naar de algemeen aanvaarde opvattingen, maar ook naar de "belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van betrokkene". De indicierend wijkverpleegkundige heeft hiernaar gekeken en is tot de conclusie gekomen dat het aanreiken van medicatie in het geval van verzoeker niet onder de gebruikelijke zorg valt.

- 6.3. In het document 'Begrippenkader Indicatieproces - een toelichting op het Normenkader ter ondersteuning van het indiceren en organiseren van zorg door de wijkverpleegkundige' van 27 maart 2019 staat dat het aan de indicierend wijkverpleegkundige is bij het indiceren te onderbouwen welke inzet wel of niet van het netwerk kan worden verwacht. Wat dit betekent voor het indiceren en de toe te wijzen zorg is aan de wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar kan hiervan niet ongemotiveerd afwijken. Het Zorginstituut heeft bevestigd dat het uitgangspunt de indicatiestelling is, en dat hierin de inzet van het netwerk is verdisconteerd. Of de zorg wordt geleverd door een formele of een informele zorgverlener is, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, niet relevant. Dit is alleen relevant voor de hoogte van het uurtarief.
- 6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt het schoonmaken van de apparatuur die verzoeker gebruikt in het kader van apneu, niet onder wijkverpleging. Verzoeker is niet bekend met enige regel in wet- of regelgeving waarin dit staat. Het gebruik van de betreffende apparatuur heeft een geneeskundige context. Niet valt in te zien waarom de tijd die is gemoeid met het schoonmaken van de apparatuur, niet voor vergoeding in aanmerking zou komen, aldus verzoeker.
- 6.5. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij niet zelfstandig kan eten en drinken, omdat zijn handen door een Complex Regionaal Pijn Syndroom (CRPS) niet meer normaal functioneren en zijn vergroeid. Uit het zorgplan blijkt dan ook dat verzoeker niet in staat is voedsel te bereiden en te snijden. Hij is afhankelijk van iemand die hem zijn voedsel in kleine stukjes aanreikt. Omdat sprake is van een geneeskundige context, kan deze zorg niet vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) worden vergoed.


Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de aanvraag voor het PGB vv van verzoeker is voorgelegd aan twee verpleegkundigen, werkzaam voor de ziektekostenverzekeraar. Beiden komen tot de conclusie dat bepaalde handelingen niet mogen worden betaald vanuit het PGB vv. Het gaat dan om het aanreiken van medicatie door een inwonende mantelzorg, het schoonmaken van apneu-apparatuur, en hulp bij het eten en drinken. De uren die hiervoor door de wijkverpleegkundige zijn geïndiceerd, zijn in mindering gebracht op het totaal aangevraagde uren. Daarmee wordt uitgekomen op een toekenning van 26 uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het aanreiken van medicatie door een inwonende mantelzorg behoort tot de gebruikelijke zorg. Gebruikelijke zorg is per definitie zorg waarop geen aanspraak bestaat. Het is de normale, dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen worden geacht elkaar onderling te bieden, omdat zij als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden. Het schoonmaken van apparatuur die wordt gebruikt in verband met apneu valt niet onder wijkverpleging.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juni 2020 contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. Zij deelde mee dat verzoeker zelfstandig kan eten. Het bereiden van eten valt niet onder wijkverpleging. Hiervoor kan een aanvraag worden gedaan bij de gemeente, omdat dit valt onder de Wmo. De wijkverpleegkundige vertelde verder dat de medicatie van verzoeker niet specifiek is, en dat hij hierbij door zijn echtgenote kan worden ondersteund. Zij deelde tot slot mee dat vanuit de formele zorg nooit 40 uren Persoonlijke Verzorging per week worden gegeven.
- 6.9. Voorheen ontving verzoeker wel een PGB vv op basis van 40 uren Persoonlijke Verzorging per week. In de afgelopen vijf jaar is veel veranderd. Zo toetsen de verpleegkundigen van de ziektekostenverzekeraar het zorgplan nu aan de hand van bestuurlijke kaders, polisvoorwaarden en het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). In 2019 zijn nieuwe bestuurlijke afspraken gemaakt, waarbij toetsing een belangrijke rol speelt. Dit is de reden dat strenger dan voorheen wordt beoordeeld.

 Overwegingen

-  6.10. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep van personen waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het reglement. Wat hen verdeeld houdt, is de vraag op basis van hoeveel uren Persoonlijke Verzorging per week dit PGB vv moet worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft op de door de wijkverpleegkundige opgestelde indicatie een aantal uren in mindering gebracht. Verzoeker is van mening dat dit onterecht is.
-  6.11. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld, en heeft zijn conclusies verwoord in het advies van 7 december 2020. Het Zorginstituut is van oordeel dat de geneeskundige context van de maaltijdverzorging en de medicatie-inname onvoldoende zijn onderbouwd in het zorgplan. Een medische onderbouwing ontbreekt; er is een opstelling gemaakt door de partner van verzoeker. Voor het schoonmaken van de vaporizer geldt daarnaast dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft aangegeven dat dit eigenlijk geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zodat deze zorg niet ten laste van het PGB vv kan komen. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut. Het ligt op de weg van de door verzoeker ingeschakelde wijkverpleegkundige te onderbouwen waarom verzoeker is aangewezen op bepaalde zorg. Laat de wijkverpleegkundige dit na, dan ligt het risico hiervan bij verzoeker, en hoeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende zorg niet in de vorm van een PGB vv te vergoeden. Verder mag de ziektekostenverzekeraar zorg die geen zorg betreft zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, in mindering brengen op het aantal toe te kennen uren. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom besluiten verzoeker een PGB vv toe te kennen op basis van 26 uren Persoonlijke Verzorging per week. Wat door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van de inzet van het netwerk, de geneeskundige context van het schoonmaken van de vaporizer, en zijn CRPS in relatie tot de maaltijdbereiding, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
-  6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

-  7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 27 januari 2021,

 G.R.J. de Groot

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.

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

- 1 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
- 2 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
- 4 Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapt.
- 5 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.28 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

- 1 De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- 3 De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
- 4 Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
- 5 U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.18, B.30 en B.31 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderdagverblijf.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op! Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.



Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- 1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
- b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient in de thuissituatie gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- 2 Een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- 3 Bij palliatieve terminale zorg heeft de behandelend arts vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg (inclusief de vaststelling van het aanbreken van de palliatieve terminale fase) wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 4 Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel B.34;
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

- 1 Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.
- 2 U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.30 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

