



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv
Zaaknummer : 202001073
Zittingsdatum : 21 oktober 2020

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 9 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
 - 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 20 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 september 2020 aan verzoeker gezonden.
 - 2.3. Op 31 augustus 2020 en 2 september 2020 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft per brief van 18 september 2020 aan de commissie meegedeeld dat de betreffende informatie geen aanleiding geeft voor een aanvullende inhoudelijke reactie.
 - 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben verklaard dat zij van deze mogelijkheid geen gebruik wensen te maken.
 - 2.5. Op 23 september 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie een voorlopig advies (zaaknummer: 2020037879) uitgebracht. Een kopie is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft per brief van 25 september 2020 gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft per brief van 1 oktober 2020 gereageerd. Afschriften van de genoemde reacties zijn aan partijen gestuurd.
 - 2.6. De reacties van partijen op het voorlopig advies zijn 6 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 8 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat deze reacties geen aanleiding geven het voorlopig advies aan te passen en dat dit als definitief mag worden beschouwd.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
 - 3.2. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker voor het jaar 2019 een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) toegekend op basis van 1 uur en 50 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.3. Op 25 juli 2019 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar om met ingang van 19 juli 2019 het PGB vv te verhogen en vast te stellen op basis van 3 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.4. De indicierend verpleegkundige heeft in het zorgplan - dat deel uitmaakt van voornoemde aanvraag - over verzoeker verklaard:
"(...) In mei 2017 heeft dhr. een geslachtsoperatie gehad. Dhr. is geboren als vrouw en is nu getransformeerd naar een man. Voor de geslachtsverandering is dhr. dertig jaar geleden begonnen met het slikken van hormonen. Eén keer per maand gaat dhr. naar de huisarts voor een injectie met hormonen. Voor de geslachtsverandering zijn tijdens de operatie spieren uit bovenbeen en armen gehaald. Twee keer per jaar moet dhr. naar het ziekenhuis in Amsterdam voor controle. In april 2018 is dhr. opnieuw geopereerd voor correcties aan het geslacht. Tevens is dhr. bekend met handartrose, dit is vastgesteld door de huisarts. In het verleden heeft dhr. nierdialyse gehad. Dhr. is bekend met een hoge bloeddruk, slikt hiervoor Lisinopril, en met een hoog cholesterol.
- Op 19 juli 2019 ben ik, [naam] (wijkverpleegkundige), bij dhr. op huisbezoek geweest omdat de zorgbehoefte is gewijzigd. Dhr. ligt in scheiding en is op 3 juni 2019 verhuisd. Dhr. heeft goed contact met zijn ex-vrouw. Dhr. is bekend met handartrose en heeft ook ischias. Dit is vastgesteld door de huisarts. Dhr. heeft last van pijscheuten in rug en benen. Dhr. gebruikt hier Paracetamol voor en geeft aan dat hij hulp nodig heeft bij het wassen, aankleden en uitkleden en uit bed komen. Heeft last van spierzwakte en kan maar kleine stukjes lopen. Dhr. gaat zittend douchen en wordt hierbij geholpen door vriendin/ ex-vrouw en dochter. Dochter woont in Suriname en komt periodes in het jaar naar NL om bij haar vader te zijn.*
- Dhr. gaat 1 keer per 3 maanden voor controle naar dermatoloog. De littekens worden dagelijks ingesmeerd met anti-pigment dag- en nachtcrème voor linkerarm en bovenbeen. Dhr. gebruikt geen siliconenpleisters meer. De correcties aan het geslacht moeten nog steeds uitgevoerd worden. Dhr. hoopt dat hij dit jaar aan beurt is. Dhr. heeft last van urineverlies (lekkage). Gaat daarom elke dag douchen. Dhr. geadviseerd om een papegaai te lenen om zo weer zelfstandig uit bed te kunnen komen. Dhr. heeft hier nu hulp bij nodig. In het verleden heeft dhr. fysiotherapie gehad, maar is hier mee gestopt. Had niet het idee dat het meerwaarde had. Aangegeven dat dhr. op dit moment toch meer hinder ondervindt en dat het wellicht toch verstandig is om weer fysiotherapie in te schakelen. Medicatie van dhr. is niet veranderd. Op advies huisarts is dhr. rode gist rijst (homeopathische) tabletten gaan gebruiken voor verhoogde cholesterol. Dit is onder controle. (...)"*
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft op 17 september 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor verhoging van het PGB vv is afgewezen.
- 3.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 22 augustus 2019 en 24 december 2019 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar per brief van 8 april 2020 aansprakelijk gesteld voor schade die hij heeft geleden. Deze schade is door hem becijferd op € 5000,-. De zorgverzekeraar heeft per brief van 25 mei 2020 aan verzoeker meegedeeld dat hij de gestelde schade betwist en iedere aansprakelijkheid van de hand wijst.
- 3.8. Op 23 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Het dossier bevat twee PGB vv aanvragen met een daarbij behorend zorgplan. Het geschil heeft alleen betrekking op de PGB vv aanvraag van 25 juli 2019 en het daarbij behorende zorgplan. In het dossier is geen medische informatie aanwezig.

Een indicatiestelling dient onderbouwd te zijn, de geneeskundige context moet blijken uit het zorgplan en je mag verwachten dat er wordt gekeken naar de mogelijkheden en beperkingen van

de verzekerde bij het opstellen van het zorgplan en de daar uit voortvloeiende zorgvraag. Daarnaast moet verzekerde redelijkerwijs aanwezig zijn op de geïndiceerde zorg.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat sprake is van een geneeskundige context. De indicatie is onvoldoende onderbouwd. Dit wordt ook onderkend door de indicierend wijkverpleegkundige aangezien zij voorstelt om een ergotherapeut in te schakelen of een wijkverpleegkundige te laten meelopen met de ADL zorg. Verzoeker heeft geen gehoor gegeven aan dit verzoek. Vervolgens heeft de indicierend verpleegkundige de zorg niet meer verder onderbouwd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een geneeskundige context. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
- (i) de zorgverzekeraar met ingang van 19 juli 2019 een PGB vv aan hem moet toekennen op basis van 3 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week;
 - (ii) de zorgverzekeraar aan hem een schadevergoeding moet toekennen van € 5000,-.

- 4.2. De zorgverzekeraar 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 25 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 verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. Verzoeker voert aan dat met ingang van 19 juli 2019 een verhoging van het PGB vv is aangevraagd, omdat zijn zorgvraag was gewijzigd. De zorgverzekeraar heeft deze aanvraag ten onrechte afgewezen. Dit blijkt uit het feit dat dezelfde aanvraag nadien wél is gehonoreerd door een andere verzekeraar. De zorgverzekeraar heeft toegezegd terug te komen op zijn afwijzende beslissing op het moment dat een andere verzekeraar het PGB vv wél zou toekennen. Deze toezegging komt de zorgverzekeraar ten onrechte niet na. Door deze gang van zaken heeft verzoeker schade geleden. In de eerste plaats had hij recht op een hoger PGB vv. In de tweede plaats heeft hij een beroep op rechtsbijstand moeten doen. In de derde plaats wordt het eigen risico van € 385,- door de nieuwe zorgverzekeraar niet meeverzekerd, terwijl dit wél het geval was bij de collectieve verzekering via de gemeente die hij van de zorgverzekeraar had. De totale schade is opgelopen tot € 5000,-, aldus verzoeker.


- 6.3. De zorgverzekeraar voert aan dat in het 'Reglement pgb wijkverpleging 2019' is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op een PGB vv. Eén van de voorwaarden is dat een verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de geïndiceerde zorg en dat deze doelmatig is. De zorgverzekeraar heeft hierover zijn twijfels. Uit de aanvraag voor het PGB vv en het onderliggende zorgplan volgt namelijk dat de indicierend wijkverpleegkundige verzoeker adviseert een fysiotherapeut in te schakelen en gebruik te gaan maken van hulpmiddelen om zijn zelfredzaamheid te vergroten. Hierover heeft de zorgverzekeraar contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Er is voorgesteld een ergotherapeut naar de situatie van

verzoeker te laten kijken, zodat kan worden beoordeeld of de zelfredzaamheid van verzoeker kan worden vergroot met adviezen en de inzet van hulpmiddelen. Ook is voorgesteld de indicierend wijkverpleegkundige een aantal dagen mee te laten kijken bij het uitvoeren van de geïndiceerde persoonlijke verzorging, omdat dit niet eerder is gedaan. Op die wijze kan een adequate indicatie worden gesteld. Hoewel de indicierend wijkverpleegkundige zich kan vinden in deze voorstellen, heeft verzoeker meegedeeld hier niets voor te voelen en weigert hij hieraan zijn medewerking te verlenen.


- 6.4. De zorgverzekeraar merkt verder op dat in het zorgplan weliswaar is vermeld dat verzoeker beperkingen ervaart van handartrose en ischias, maar dat deze diagnoses door de indicierend wijkverpleegkundige niet zijn besproken met de huisarts. Onduidelijk is dan ook in welke fase van de ziektebeelden verzoeker verkeert en of de beschreven beperkingen daarbij aansluiten. Gelet op het voorgaande is niet vast komen te staan dat verzoeker is aangewezen op een verhoging van het PGB vv en dat de geïndiceerde zorg doelmatig is. Dit vormt voor de zorgverzekeraar reden de aanvraag voor verhoging van het PGB vv af te wijzen.
- 6.5. De zorgverzekeraar voert verder aan dat verzoeker ten onrechte veronderstelt dat een toezegging is gedaan over het wijzigen van de onderhavige afwijzende beslissing. In zijn brief van 24 december 2019 heeft de zorgverzekeraar de klacht van verzoeker samengevat. In deze samenvatting staat dat verzoeker zelf van mening is dat de zorgverzekeraar moet terugkomen op zijn afwijzende beslissing en aansprakelijk is voor eventuele schade als zou blijken dat een andere verzekeraar de aanvraag wél zou goedkeuren. De zorgverzekeraar deelt die mening echter niet. Het feit dat een andere verzekeraar de aanvraag wél heeft goedgekeurd, maakt namelijk niet dat de onderhavige beslissing onjuist was. De zorgverzekeraar betwist dan ook de door verzoeker gestelde schade en wijst iedere aansprakelijkheid van de hand.
- 6.6. Op pagina 24 van de voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven dat een verzekerde alleen recht heeft op zorg als hij daarop redelijkerwijs is aangewezen en de zorg doelmatig is. Op pagina 50 van de verzekeringsvoorwaarden is vermeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op verpleging en verzorging. Verder is in het 'Reglement pgb wijkverpleging 2019' (hierna: het reglement) nader uitgewerkt wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv.
- In artikel 2 van het reglement staat dat aanspraak bestaat op een PGB vv als (i) verzekerde in het bezit is van een geldige indicatie zoals beschreven in artikel 3 van het reglement, (ii) is voldaan aan de voorwaarden als vermeld in artikel 4, (iii) geen van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van toepassing is en (iv) is voldaan aan de voorwaarden die zien op het aanvragen en beheren van het PGB vv.
- Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een verhoging van het PGB vv en of is voldaan aan de voorwaarden als vermeld in artikel 4 van het reglement. Hierin staat - voor zover hier van belang - dat een verzekerde in staat moet zijn met het PGB vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en dat de zorgverzekeraar de indicierend wijkverpleegkundige kan vragen hierover zijn/haar visie te geven.
- 6.7. De commissie overweegt dat een verzekerde niet is aangewezen op persoonlijke verzorging als blijkt dat hij de zorg zelfstandig kan uitvoeren, al dan niet door gebruik te maken van een hulpmiddel of als blijkt dat andere zorg passender is. In het onderhavige geval staat vast dat door de indicierend wijkverpleegkundige is geadviseerd een fysiotherapeut in te schakelen en gebruik te maken van hulpmiddelen om de zelfredzaamheid van verzoeker te vergroten. Uit de aanvraag en het zorgplan is niet af te leiden of de voorgestelde interventies zijn uitgevoerd en in welke mate dit de zelfredzaamheid van verzoeker heeft vergroot. Daarbij is door de zorgverzekeraar zelfs gesteld dat verzoeker niet openstond voor de genoemde interventies. Een en ander is door verzoeker niet gemotiveerd betwist en daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Dit leidt tot de conclusie dat niet is vast komen te staan dat verzoeker is aangewezen op de gevraagde zorg die leidt tot verhoging van het PGB vv. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de aanvraag hiervoor terecht heeft afgewezen. De vraag of al dan niet is voldaan aan de bepalingen die zijn vermeld in artikel 4 van het reglement kan daarmee onbeantwoord blijven.




6.8. Dat een andere verzekeraar de later ingediende aanvraag van verzoeker voor het onderhavige PGB vv wél heeft toegekend, leidt niet tot een ander oordeel. Zoals hiervoor is overwogen, bestonden er naar het oordeel van de commissie gegronde redenen de aanvraag voor het PGB vv destijds af te wijzen. Verder is het niet aan de commissie een oordeel te geven over de beslissing van een andere verzekeraar. Deze verzekeraar is geen partij in deze procedure. Ook is de beslissing die door deze verzekeraar is genomen niet in geschil.



Daarnaast is niet gebleken dat de zorgverzekeraar aan verzoeker de toezegging heeft gedaan dat hij het PGB vv alsnog zou toekennen op het moment dat een andere verzekeraar dit zou doen. In dit verband heeft de zorgverzekeraar aannemelijk gemaakt dat dit een wens was van verzoeker, maar dat een dergelijke toezegging nimmer door hem is gedaan.




6.9. Voor toekenning van een schadevergoeding bestaat onder de gegeven omstandigheden geen aanleiding. Daarvoor is namelijk in de eerste plaats vereist dat verzoeker schade heeft geleden als gevolg van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst of van onrechtmatig handelen door de zorgverzekeraar. Deze situaties zijn niet aan de orde.



6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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.

<i>Wettelijk vertegenwoordiger:</i>	een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de rechtbank vastgesteld;
<i>Wijkverpleegkundige:</i>	een verpleegkundige die is opgeleid met de graad van bachelor;
<i>Zorg:</i>	verpleging en/of verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
<i>Zorg in natura:</i>	bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg. Hierbij kan sprake zijn van gecontracteerde zorg en van niet-gecontracteerde zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden;
<i>Zorgplan:</i>	een dynamische set van afspraken tussen u en uw zorgaanbieder(s) over de wijkverpleging en uw eigen bijdrage aan de zorg (zelfmanagement). Deze afspraken zijn gebaseerd op uw individuele doelen, behoefte en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang en beoogde duur van de benodigde wijkverpleging en de prestaties. Het zorgplan moet worden ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger.

2 Wanneer komt u in aanmerking voor een pgb wijkverpleging?

- 2.1 U komt in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u beschikt over een geldige indicatie voor verpleging en verzorging als bedoeld artikel 3 van het Reglement; en
 - u voldoet aan de voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging als bedoeld in artikel 4 van het Reglement; en
 - geen van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement is van toepassing; en
 - u voldoet aan de overige voorwaarden die van toepassing zijn op het aanvragen en beheer van het pgb als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en dit Reglement.

3 Indicatie pgb wijkverpleging

- 3.1 U komt in aanmerking voor een pgb als u beschikt over een indicatie voor verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- 3.2 Een wijkverpleegkundige of een verpleegkundig specialist moet de indicatie vaststellen, behalve in de volgende gevallen:
- de indicatie voor verzekerden onder de 18 jaar moet zijn gesteld door een HBO kinderverpleegkundige en bij voorkeur met gebruikmaking van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS). De HBO kinderverpleegkundige moet werkzaam zijn bij een bij de Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgaanbieder;
 - bij de indicatie voor palliatieve terminale zorg, moet een verklaring van uw behandelend arts zijn gevoegd waaruit blijkt dat de ingeschatte levensverwachting voor u minder is dan drie maanden.
- 3.3 De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
- 3.4 De indicatie moet door een onafhankelijk persoon zijn gesteld. De indicatiesteller mag niet uw (wettelijk) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn zijn.
- 3.5 De indicatie mag niet gesteld worden door een individuele zorgaanbieder die de zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
- 3.6 Als u een combinatie wenst van zorg in natura en een pgb, dan moet de indicatie door de zorgaanbieder zijn gesteld die ook de indicatie voor de zorg in natura heeft gesteld.
- 3.7 De indicatie mag niet ouder zijn dan drie maanden, te rekenen vanaf het moment van afgifte van de indicatie tot het moment dat uw aanvraag voor het pgb door ons is ontvangen.
- 3.8 Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
- 3.9 Uit de indicatie moet blijken dat u:
- langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op de verpleging en/of verzorging bent aangewezen; of
 - op palliatieve terminale zorg bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting van u minder is dan 3 maanden.

- 3.10 U mag niet beschikken over meer dan één indicatie voor de zorg. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg dient in één indicatie te zijn verwoord.
- 3.11 Voor een herindicatie gelden dezelfde regels als voor een indicatie.

4 Voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging

- 4.1 U komt in aanmerking voor een pgb als naar ons oordeel is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u bent in staat met het pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Wij kunnen u vragen om in uw aanvraag op te nemen op welke wijze u de zorg zal inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen of uw zorgplan in lijn is met wat gezien uw situatie mogelijk is.
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Wij kunnen toetsen of u op de hoogte bent van de rechten en verplichtingen die bij het pgb wijkverpleging horen en hoe u daar uitvoering aan denkt te geven;
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u 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. Wij kunnen toetsen of de inzet van zorg, zoals opgenomen in de aanvraag, aansluit bij de zorgvraag. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen om advies te geven over welke inzet van zorg noodzakelijk is voor verantwoorde zorg. Van verantwoorde zorg is in ieder geval geen sprake, als u een gezondheidsrisico loopt door de voorgenomen inzet van zorg;
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg via een pgb geleverd wil en kan krijgen. Om ons ervan te vergewissen dat de keuze voor een pgb wijkverpleging de bewuste keuze is van u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunnen wij u verzoeken een inhoudelijke motivering van uw aanvraag te geven.
- 4.2 Als u naar ons oordeel niet voldoet aan één of meerdere in artikel 4.1 genoemde voorwaarden, is het mogelijk dat wij aanvullende eisen stellen waar u aan moet voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb.

5 Weigeringsgronden voor een pgb wijkverpleging

- 5.1 U komt niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als één of meerdere van de volgende weigeringsgronden van toepassing is:
- u bent bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
 - u, of, indien u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is failliet verklaard;
 - ten aanzien van u of, als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing verklaard, dan wel is een verzoek daartoe bij de rechtbank ingediend;
 - u verleent geen medewerking aan een bewuste-keuzegesprek of verschijnt niet, na daartoe te zijn opgeroepen, terwijl u daarvoor geen geldige reden opgeeft;
 - uw aanvraag is onvolledig of onduidelijk en u verleent geen medewerking aan een verzoek van ons om nadere informatie of toelichting ten behoeve van uw aanvraag te verschaffen;
 - u wilt gebruik maken van uitsluitend door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s) voor het verlenen van de zorg;
 - u wilt gebruik maken van zorg door uw (wettelijk) vertegenwoordiger, niet zijnde uw partner, bloed of aanverwanten in de eerste of tweede graad;
 - de indicatie bevat uitsluitend andere zorg dan de zorg waarvoor een pgb wijkverpleging kan worden ingezet, zoals Gebruikelijke zorg.
- 5.2 U komt voorts niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u de hulp daarvan nodig heeft voor het voldoen aan de voorwaarden van artikel 4 van het Reglement):
- bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging waarbij deze persoon als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - zijn vrijheid rechtens is ontnomen;
 - onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend.
 - failliet is verklaard;
 - anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen;
 - hulp tegen betaling verleent.

- 5.3 Als u alleen zorg inkoop bij 'informele zorgaanbieders' en het aantal uren wijkverpleging per week hoger is dan 24 dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een 'formele zorgaanbieder'.

Verpleging en verzorging zonder verblijf

Wat is de dekking?

Verpleging en verzorging zonder verblijf omvat zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. U heeft recht op verpleging en verzorging zonder verblijf, als de zorg verband houdt met uw behoefte aan medisch specialistische zorg (algemeen), plastische chirurgie, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, revalidatiezorg, geriatrische revalidatie, transplantatiezorg, mechanische beademing, gespecialiseerde ggz, huisartsenzorg, basis ggz, verloskundige zorg, zintuiglijk gehandicaptenzorg, of paramedische zorg of als u een hoog risico op die zorg heeft.

De zorg bestaat uit verpleegkundige handelingen (zorgverlening) en verzorging, maar ook uit het indiceren, coördineren, signaleren, coachen en preventie.

De zorg omvat niet:

- verpleging en verzorging tijdens uw verblijf in een ziekenhuis of een andere instelling;
- kraamzorg.

Waar moet u op letten?

U of uw wettelijk vertegenwoordiger moet een zorgplan hebben ondertekend. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang, frequentie en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging zonder verblijf, de prestaties en zijn voorzien van een motivering. In het zorgplan moet ook de bijdrage van uw sociale netwerk zijn betrokken.

Een wijkverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en een zorgplan opstellen. De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze zorgaanbieders mogen de overige zorg verlenen;

- een verpleegkundig specialist;
- een wijkverpleegkundige;
- een instelling voor verpleging of verzorging in de thuissituatie.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voordat u de zorg krijgt:

- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan meesturen;
- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf in het buitenland. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan en een offerte voor de zorg, waarin is opgenomen welke zorg het betreft, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland meesturen;
- voor vergoeding van palliatieve terminale thuiszorg, als die langer nodig is dan drie maanden. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) het zorgplan meesturen.

Als het zorgplan wijzigt, moet u opnieuw toestemming van ons hebben, voordat u de nieuwe zorg krijgt.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging en verzorging zonder verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u budget om de verpleging en verzorging zelf in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement pgb wijkverpleging. Het Reglement pgb wijkverpleging kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/wijkverpleging. Op verzoek zenden wij het toe. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan komt het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget voor uw rekening.