

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, doelmatigheid, zorg door eigen netwerk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10, 2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202100504

Zittingsdatum : 7 juli 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

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 28 februari 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 mei 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 21 juni 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021019891) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 juni 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juli 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gezonden. Op 16 september 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 september 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft op 4 oktober 2021 per brief gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 oktober 2021 per brief gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn op 13 oktober 2021 aan de wederpartij gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Aanvullend Tand** (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is op 1 september 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 39 uren en 58 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.3. In het zorgplan - dat deel uitmaakt van de voornoemde aanvraag - heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoekster verklaard:
- "(...) Voorgeschiedenis / medisch
 Borstkanker waarvoor operatie (2010), rechter arm kan mw niet gebruiken. Tremoren in beide armen, rechterkant heviger. Artrose in rechter arm en been. Patiënte heeft last van chronische posttraumatische stress-klachten, depressieve klachten en pijnklachten. Daarnaast is er sprake van een zeer hoog angstniveau en van wantrouwen veroorzaakt door oorlogsverleden. Duidelijke beperking van sociaal functioneren. De DSM4 classificatie stress-stoomis: Ptss, depressieve stoornis, pijnstoornis, gebonden aan psychische klachten.
 (...)
 Bekend met angina pectoris opname en operatieve behandeling : 3 vast coronairlijden.
 Nier insufficiëntie, hyperlipidemie, multipe levercysten, keratoconjunctivitis, hypercholesterolemie, hypertensieve aandoening. Toenemend krachtsverlies in linkerarm.
 (...)
 Door toename van somatische en psychische klachten is het voor mw niet mogelijk om haarzelf te verzorgen. Zorgverlener is continu bij mw om te helpen met de ADL, medicatie en maaltijd verzorging en hulp te bieden bij het binnen krijgen ervan. Transfer van en naar toilet. Vanwege de psychische klachten van mw komt het voor dat mw per dag meerdere angst en paniek aanvallen doormaakt waardoor constante hulp noodzakelijk is. Deze angstaanvallen vertragen de zorgtijd aanzienlijk. Zowel door somatische en psychische klachten kan mw absoluut niet naar behoren functioneren. Door de psychische klachten van mw is mw ook niet in staat om zelfstandig te reizen (bijv. ziekenhuis bezoek, tandarts e.d.). Er zal op deze momenten altijd iemand met mw mee moeten gaan. Begeleiding is hier dan ook noodzakelijk.
 (...)
 Medicatie
 (...)
 Mevr kan door beperking van haar rechterhand (krachtvermindering) niet de medicatie uit de verpakking halen en innemen. September 2020 linkerhand wordt ook minder krachtig.
 (...)
 Persoonlijke zorg
 (...)
 Door lichamelijke beperking (rechterarm/handen rechterbeen krachtvermindering, (adhesieve capsulitis) waardoor mevr niet in staat is zich zelf te douchen en aan de wastafel te wassen. Heeft hulp nodig bij aan en uitkleden, tanden poetsen en haren kammen. September 2020 linkerhand wordt ook minder krachtig waardoor de hele verzorging van mw moeizamer wordt en veel tijd kost.
 (...)
 Slaap en rustpatronen
 (...)
 Mevr heeft hulp nodig voor omkleden voor de nacht en in bed gelegd worden door verstoord evenwicht door krachtvermindering in rechterarm-en been. Heeft een verstoorde slaap, doordat ze in de nacht regelmatig 5x naar het toilet geholpen moet worden.
 (...)
 Voeding
 (...)
 Mevr heeft een beperking in haar bewegingsapparaat: adhesieve casulitis en minimale kracht in haar rechterhand/arm en rechterbeen waardoor ze niet zelf maaltijden kan bereiden. Mevr moet geholpen worden met eten door beperking in rechterarm/hand door krachtsvermindering. September 2020. Linkerhand begint ook minder krachtig te worden.
 Heeft een oorlogstrauma (ptss, sociale angst) waardoor ze niet zelf boodschappen kan doen. Echtgenoot neemt dit over van zijn echtgenote. (...)"
- 3.4. Op 26 oktober 2020 heeft Argonaut Advies (hierna: Argonaut) op verzoek van de ziektekostenverzekeraar een huisbezoek bij verzoekster afgelegd. Op 30 oktober 2020 heeft Argonaut een verslag gemaakt van het huisbezoek. Dit luidt, voor zover hier relevant:

"(...) Verzekerde is een vrouw van 79 jaar. Zij woont samen met haar partner op de eerste verdieping van een appartementencomplex. Er is geen lift aanwezig. Verzekerde maakt gebruik van een traplift. Het echtpaar heeft uitwonende zoon en 3 kleinkinderen. Verzekerde woont sinds 1964 in Nederland. Verzekerde en partner spreken de Nederlandse taal.

De partner van verzekerde ([naam]) levert de informele zorg, [naam] (nichte van verzekerde) is de vervangende zorgverlener. De partner is 75 jaar en heeft geen gezondheidsproblemen. De partner geeft aan prima in staat te zijn om voor verzekerde te zorgen. De ergotherapeut (WMO) is betrokken geweest voor de aanvraag van de volgende hulpmiddelen: traplift, sta op stoel, tripple stoel, beugels toilet en badkamer, rolstoel, douchestoel toilet met spoel/föhn installatie. Verzekerde heeft een rollator maar kan deze niet meer gebruiken.

(...)

Verzekerde ervaart forse mobiliteitsproblemen door de krachtsvermindering in beide armen en benen. Ook heeft zij zichtbaar veel last van tremoren in de armen en benen. De rechterarm vertoont meer tremoren als de linker arm. Op mijn verzoek heeft verzekerde een stukje gelopen van de sta- op stoel naar de tripple stoel. Verzekerde heeft zichtbaar last van tremoren in de benen, de transfer verliep zeer moeizaam. Omdat verzekerde veel mobiliteitsbeperkingen ervaart door de tremoren en krachtsvermindering in de armen en benen heb ik het advies gegeven om de huisarts te consulteren. De oorzaak van tremoren en krachtsvermindering in de benen is nu niet verklaarbaar. Daar is er geen medische diagnose voor gesteld in het verleden. De huisarts is lang geleden medegedeeld dat er geen sprake is van de ziekte van Parkinsons of Parkinsonisme. Ik heb geadviseerd om de klachten opnieuw te bespreken. De hulp die verzekerde nodig heeft komt voort uit de somatische problematiek. Er is geen relatie met de psychische klachten van verzekerde t.a.v. de benodigde zorgvraag van verzekerde. Ik ben van mening dat deze zorg niet valt onder de WMO.

(...)

Hulp bij gedeeltelijk wassen, Hulp bij aan/uitkleden

De partner begeleidt verzekerde naar afspraken buitenshuis, zorgt voor het huishouden en bereidt de maaltijden. Verzekerde maakt gebruik van een tuitbeker voor het nuttigen van vocht. Deze kan zij echter door de krachtsvermindering niet goed vasthouden. Mogelijk kan zij wel drinken door een rietje, met de beker op een geschikte plaats in haar nabijheid op een bijzettafel. Mogelijk kan verzekerde aangepast bestek gebruiken waardoor zij zelfstandig kan eten en minder knoeit tijdens het nuttigen van de maaltijden. Ik heb een baxter geadviseerd om de medicatieveiligheid te vergroten. Verzekerde loopt op slippers, ik heb passend schoeisel geadviseerd om het valgevaar te verkleinen. De hulp bij transfers valt onder begeleiding.

(...)

Verzekerde gaf tijdens het gesprek aan zichzelf gedeeltelijk te kunnen wassen met de linker arm. Om die reden adviseer ik minder tijd toe te kennen. De geïndiceerde tijd voor wassen en kleden was 670 minuten per week, ik adviseer 275 minuten per week. Verzekerde maakt gebruik van incontinentiemateriaal (inlegger) en een toilet met spoel/föhn functie. De hulp voor de transfer is zorg die valt onder begeleiding. Om die reden komt deze geïndiceerde tijd te vervallen (630 minuten per week). De hulp bij het aanreiken van de medicatie komt te vervallen (40 minuten per week), dit is zorg die redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk. De hulp bij voeding en vocht inname komt te vervallen, mogelijk kan verzekerde zelfredzamer worden door het nuttigen van vocht door een rietje. De hulp bij voeding komt te vervallen, verzekerde kan gebruik maken van aangepast bestek. Ondanks het vele knoeien tijdens het nuttigen van maaltijden ben ik van mening dat dit zorg is die redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk. Er is geen sprake van een vergroot verslikingsgevaar.

Er is sprake van zorg die geleverd wordt vanuit het netwerk zoals genoemd in het normenkader V&VN en het PGB reglement waardoor er geen recht zou zijn op een PGB vanuit de ZVW.

(...)

Op 28-10-2020 en op 30-10-2020 telefonisch contact opgenomen met indicierend wijkverpleegkundige [naam] en VM ingesproken. Helaas zonder resultaat. (...)"

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 november 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 4 uren en 5 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 21 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de indicierend wijkverpleegkundige per e-mail geïnformeerd dat hij het advies van Argonaut overneemt. In reactie hierop heeft de wijkverpleegkundige per e-mail verklaard:

"(...) Wat betreft de medicatie: bij de indicatiestelling (4.9 onderste alinea) ben ik ervan uit gegaan dat de cliënt niet in staat is haar eigen medicatie te pakken en/of in te nemen. Mw. is niet in staat zelfstandig medicatie uit de verpakking te halen. Mw. heeft last van tremors en krachtsverlies in beide handen. Ook het innemen gaat moeizaam. Mw. lijdt tevens aan een psychische angststoornis door haar oorlogsverleden. Mw. heeft aanvallen van angst en paniek wisselend van duur en aard. Het is niet een kwestie van pil aanreiken en slikken maar. Vaak gaat dit moeizaam en vergt het veel geduld van de partner. Ik zou er dan toch redelijkerwijs toch wat tijd aan toe willen kennen. Hierbij denk ik zelf aan minimaal 10 minuten per dag.

Wat betreft de maaltijden: dat de bereiding niet vergoed wordt, vind ik begrijpelijk. Echter kan mij niet vinden in het feit dat er geen vergoeding wordt gegeven voor het helpen bij het eten en drinken. Het gaat tenslotte om een van de eerste levensbehoeften. Ook hier geldt dat het veel geduld vereist van de partner. Mw. kan het bestek moeizaam hanteren en knoeit veel wat haar nog nerveuzer maakt dan zij al is. Tijdens de episodens dat haar angstaanvallen de overhand hebben, gaat zelfstandig eten helemaal niet. Ik geef toe dat het moeilijk in te schatten is daar dit niet iedere dag aan de orde is. Toch pleit ik voor een vergoeding van minimaal een uur per dag.

Wat betreft hulp bij wassen, aankleden en hulp bij de toiletgang: de hoeveelheid hulp die mw. hierbij nodig heeft is niet alleen afhankelijk van mw. haar lichamelijke toestand (o.a. tremors, artrose gepaard gaande met veel pijn, angina pectoris, nierinsufficiëntie), maar ook van de periodes waarbij paniek en angstaanvallen aanwezig zijn. Op die dagen is mw. tot zeer weinig zelf in staat. Deze periodes dienen zich onvoorspelbaar aan! Dit maakt het inschatten van de juiste hoeveelheid zorg lastig. Ik ben ervan overtuigd dat de partner zeer veel tijd kwijt is met de persoonlijke verzorging van zijn vrouw. Zeker ook omdat mw. traag is en ook de partner niet meer de jongste is. Ook hier pleit ik voor minimaal 3 uur per 24 uur. Zeker 's nachts ook. Mw. moet dan regelmatig naar het toilet.

Ik heb mijn bevindingen zorgvuldig afgewogen en samen met mijn collega doorgesproken.

Helaas kreeg ik zelf Corona en heb ik een tijdje in de ziektewet gezeten. Uw collega bleek op mijn voicemail te staan. Ik heb haar teruggebeld en ook de voicemail ingesproken, maar niets meer gehoord. Vindt het voor de cliënt en partner onacceptabel dat deze indicatie zo minnetjes beoordeeld is door Zilveren Kruis en ben het er dus zeker niet mee eens. Een opname in een verzorgingshuis kost de gemeenschap vele malen meer geld. (...)"

- 3.8. Op 21 juni 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies verklaard:
*"(...) Herbeoordeling Argonaut
 Verweerder heeft een herbeoordeling laten uitvoeren door Argonaut. Vervolgens heeft verweerder op basis van de herbeoordeling een PGB vv toegekend van 4 uren en 5 minuten verzorging per week. Het Zorginstituut ziet de herbeoordeling van Argonaut als een onderbouwing van de gedeeltelijke toekenning van een PGB vv door verweerder. Het Zorginstituut beoordeelt de PGB vv aanvraag die in geschil is en gaat daarom niet inhoudelijk in op de herbeoordeling van Argonaut.*

Zorg rondom voeding

Het bereiden en klaarzetten van de maaltijd, het aansporen, toezien en toedienen van de maaltijd kunnen onder de Zvw vallen als er sprake is van een geneeskundige context. Bij instabiele gezondheidssituaties en dreigende gezondheidsrisico's is er sprake van een geneeskundige context en zal de inzet van een wijkverpleegkundige aangewezen zijn. In het geval van verzoekster is onvoldoende onderbouwd dat sprake is van een geneeskundige context.

Zorg rondom medicatie

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot het uitzetten en geven van medicatie is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Het is op basis van het zorgplan onduidelijk of sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop.

ADL zorg

Nu verweerder een deel van de geïndiceerde tijd voor ADL zorg (ochtend en avond) heeft toegekend, erkent verweerder dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel minuten verzoekster aanspraak kan maken. Wel merkt het Zorginstituut op dat verweerder de verlaging van de geïndiceerde minuten onvoldoende heeft onderbouwd.

Hulp bij de toiletgang

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot de toiletgang is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Het is op basis van het zorgplan onduidelijk of sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop.

Zorg door het netwerk

De term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Bzv, of de Regeling zorgverzekering (Rzv) bevatten geen bepalingen die expliciet vastleggen dat geen sprake is van verzekerde zorg als (delen van) die zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden verleend of overgenomen, of die regelen dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen. In die zin bevat de Zvw en aanverwante regelgeving geen grondslag op basis waarvan inzet van het netwerk juridisch afdwingbaar is. Ook artikel 2.13a van de Zvw, waarin is vastgelegd dat zorgverzekeraars in de polis de mogelijkheid voor een PGB voor wijkverpleging moet opnemen, en de daarop gebaseerde regelgeving over het PGB vv in het Bzv en de Rzv bieden geen juridische grondslag voor het stellen van voorwaarden met betrekking tot de inzet van zorg door het netwerk van de verzekerde.

Op grond van artikel 2.1 lid 3 van het Bzv kan een verzekerde alleen aanspraak maken op zorg, waaronder een PGB vv, indien de individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Hierbij is van belang dat, zoals hierboven aangegeven, de Zvw en daarop gebaseerde regelgeving geen grondslag biedt om zorg door het netwerk af te dwingen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan niet afhangen van de vraag of de zorg door het netwerk van de verzekerde verleend kan worden.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat een zorgverzekeraar niet de afwijsggrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde. Daarmee beperkt de verzekeraar de aanspraak op zorg op ongeoorloofde wijze. Daarbij merkt het Zorginstituut op dat moet worden uitgegaan worden van de professionaliteit van de beroepsgroep. De wijkverpleegkundige neemt bij de indicatiestelling altijd mee wat het netwerk nog kan doen en hoe dit krachtiger gemaakt kan worden. Dit doet zij als onderdeel van het verpleegkundig proces en staat beschreven in het normenkader van V&VN (norm 3).

Dit kan echter niet worden aangemerkt als standaardberekening van zorg die in alle gevallen principieel door het netwerk verplicht geboden zou moeten worden en mag ook niet als zodanig worden gehanteerd.

Conclusie

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot hulp bij de voeding, medicatie uitzetten en geven en hulp bij de toiletgang is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Verzoekster kan hiervoor geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. (...)"

3.9. Het Zorginstituut heeft op 16 september 2021 in het definitief advies verklaard:

(...) Aanvullende informatie

Behalve het verslag van de hoorzitting, is ook aanvullende informatie gestuurd, zoals bevestiging van de geïndiceerde zorg door de indicierend wijkverpleegkundige, onderbouwing van het gevraagde door de huisarts, een pleitnota van verweerder en een pleitnota van de gemachtigde van verzoekster. Daarnaast heeft de SKGZ het Zorginstituut gevraagd nader invulling te geven aan de stelling dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is.

Beoordeling

De informatie in het dossier is (opnieuw) medisch en juridisch beoordeeld. De nagezonden stukken en het hoorzittingsverslag geven geen reden af te wijken van voorlopig advies.

Geneeskundige context

De zorg met betrekking tot de begeleiding bij de toiletgang en de zorg met betrekking tot de voeding is nog steeds onvoldoende onderbouwd. De indicierend verpleegkundige stelt dat hulpmiddelen niet toereikend zijn. Dat is echter geen onderbouwing van de geneeskundige context. In het geval van een geneeskundige context is sprake van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Hetzelfde geldt voor de begeleiding bij de toiletgang, ook daarvoor is niet door de indicierend wijkverpleegkundige aangegeven wat de geneeskundige zorg of het hoge risico daarop is. De huisarts voert aan dat sprake is van verslikings- en valgevaar. Het is echter niet aan de huisarts om de geïndiceerde zorg te onderbouwen, dit is aan de indicierend wijkverpleegkundige. Vanuit de verpleegkundige diagnoses en de interventies die daaruit voortvloeien zou duidelijk moeten zijn dat er sprake is van een geneeskundige context. De geneeskundige context is in dit dossier onvoldoende onderbouwd. Dit wil niet zeggen dat de geneeskundige context in het geval van verzoekster niet aanwezig is. Indien er wel een geneeskundige context aanwezig is, is deze onvoldoende beschreven in het zorgplan. Uit de nagezonden stukken blijkt deze geneeskundige context ook niet.

Zorg door het netwerk

Verweerder geeft aan dat het Zorginstituut door zijn advies de taak van verweerder om te controleren of de geïndiceerde zorg tot het verzekerde pakket behoort zinledig maakt. Dit is volgens het Zorginstituut niet het geval. In het voorlopig advies geeft het Zorginstituut aan dat "zorg door het netwerk" of "gebruikelijke zorg" niet is gedefinieerd in de wet- en regelgeving van de Zvw. Er is geen juridische grondslag aan te wijzen op basis waarvan zorg die door het netwerk wordt geleverd, moet worden uitgezonderd van de te verzekeren prestaties. Evenmin is in de wet- en regelgeving vastgelegd dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij het bepalen van de omvang van de zorg waarop een verzekerde is aangewezen. Dit betekent naar het oordeel van het Zorginstituut niet dat verweerder wordt belemmerd in zijn taak om te controleren of de geïndiceerde zorg tot de verzekerde prestatie behoort. Verweerder kan en moet nog steeds controleren of de geïndiceerde zorg valt onder "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden" als bedoeld in artikel 2.10 (hierna: wijkverpleging). Als de zorg behoort tot de prestatie wijkverpleging mag verweerder echter vervolgens niet concluderen dat de zorg toch niet onder die prestatie valt, omdat de zorg door het netwerk van verzoekster kan worden verleend. De wet- en regelgeving biedt geen grondslag voor een dergelijke beperking van het verzekerde pakket.

Verweerder geeft tevens aan dat het advies van het Zorginstituut de bevoegdheid van verweerder om op grond van de Zvw en het Bzv te controleren of verzoekster redelijkerwijs op de zorg is aangewezen, zinledig maakt. Verweerder zou niet mogen toetsen of de verpleegkundige op juiste gronden de zorg die door het netwerk kan worden verleend, heeft afgebakend. Het advies van het Zorginstituut zou er volgens verweerder ook toe leiden dat het aantal geïndiceerde uren altijd zou moeten worden vergoed of dat het pakket de facto wordt uitgebreid. Verweerder geeft verder aan dat het advies van het Zorginstituut in strijd is met de jurisprudentie inzake de navolgbaarheid van de indicatiestelling. Hierover merkt het Zorginstituut het volgende op. Het advies van het Zorginstituut betekent niet dat verweerder in zijn geheel niet mag toetsen of verzoekster redelijkerwijs op de geïndiceerde zorg is aangewezen en/of de geïndiceerde zorg doelmatig is. Verweerder mag er bij deze toets echter niet vanuit gaan dat zorg door het netwerk een verplichtendkarakter heeft. Daarvoor biedt de wet- en regelgeving geen grondslag.

De wijkverpleegkundige neemt bij de indicatiestelling altijd mee wat het netwerk kan doen en hoe dit krachtiger gemaakt kan worden. Dit doet de wijkverpleegkundige als onderdeel van het verpleegkundig proces en dit staat beschreven in het normenkader van V&VN (norm 3). Als het netwerk (om niet) zorg aan een verzekerde verleent, zal de wijkverpleegkundige voor die zorg geen indicatie stellen. Wil of kan het netwerk de zorg niet leveren en wordt de indicatie gesteld, dan kan verweerder de verstrekking van de zorg niet weigeren op de grond dat het netwerk verplicht is de zorg aan verzoekster te bieden. Daarmee zou verweerder de aanspraak op ongeoorloofde wijze beperken. Aangezien zorg door het netwerk geen verplichtend karakter heeft, ziet het Zorginstituut niet in hoe dit kan leiden tot een de facto uitbreiding van het verzekerde pakket. Ook de stelling van verweerder dat het advies leidt tot dekking van zorg die niet onder het verzekerde pakket valt, kan het Zorginstituut niet volgen. Of de geïndiceerde zorg valt onder de verzekerde prestaties kan verweerder immers toetsen.

De jurisprudentie inzake de navolgbaarheid van de indicatie geeft aan dat een verzekeraar de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt dient te nemen, maar een vergoedingsverzoek mag weigeren wanneer voor haar onnavolgbaar is dat de zorg is aangewezen. Het advies van het Zorginstituut is niet in strijd met deze jurisprudentie. Zoals uit het bovenstaande blijkt, betekent het advies niet dat verweerder nimmer mag afwijken van de indicatie en alle geïndiceerde uren moet vergoeden. De wet- en regelgeving biedt verweerder echter geen grondslag om zorg te weigeren op de grond dat zorg door het netwerk moet worden verricht.

Conclusie

Geneeskundige context

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot hulp bij de voeding, medicatie uitzetten en geven en hulp bij de toiletgang is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Verzoekster kan hiervoor geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Zorg door het netwerk

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat een zorgverzekeraar niet de afwijgrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde. Daarmee beperkt de verzekeraar de aanspraak op zorg op ongeoorloofde wijze. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar een PGB vv toe te kennen op basis van 39 uren en 58 minuten persoonlijke verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan haar moet vergoeden.

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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 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. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot gedeeltelijke afwijzing van haar aanvraag tot toekenning van een PGB vv.

6.3. In gevallen als deze gaat het onder meer om beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot de verzoekster mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

6.4. Het beslissingskader dat de commissie in PGB-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:

(a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicerend kind- of wijkverpleegkundige (de "verpleegkundige"). Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen zorgplan moet blijken dat:

- (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
- (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
- (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

(b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag, waarna een nader mondeling overleg plaatsvindt tussen beiden. De verpleegkundige krijgt vervolgens de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.

- (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige
- (i) tot overeenstemming tussen verzekeraar en verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar
- (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzoekster en de verpleegkundige.
- 6.5. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor in 6.4. onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet-tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek van verzoekster om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.6. In het onderhavige geval is de verzekeraar de hiervoor in 6.4. onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet juist nagekomen, waarbij de commissie overigens aantekent dat dit (mede) is veroorzaakt door bijzondere omstandigheden aan de zijde van de verpleegkundige en deze omstandigheden er niet aan in de weg hebben gestaan dat de verpleegkundige alsnog - eigener beweging, weliswaar nadat de verzekeraar al te kennen had gegeven de aanvraag PGB vv zoals ingediend niet te zullen honoreren en het advies van Argonaut te volgen - een nadere toelichting heeft gegeven op de ingediende PGB vv aanvraag. Dit blijkt uit het e-mailbericht dat door de ziektekostenverzekeraar is overgelegd bij zijn brief van 21 mei 2021.
- 6.7. Hoewel de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel niet de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot de verzoekster had mogen worden verwacht, acht de commissie dit, tegen de achtergrond van de bijzondere - hiervoor in 6.6 genoemde - omstandigheden van het geval, niet van dien aard dat reeds om deze reden het verzoek moet worden toegewezen en komt de commissie toe aan een inhoudelijke beoordeling van de gestelde indicatie.
- 6.8. Uit de aanvraag van 1 september 2020 volgt dat persoonlijke verzorging is geïndiceerd in verband met (i) ondersteuning bij ADL-zorg, (ii) hulp bij het eten, (iii) aanreiken van medicatie, (iv) hulp bij de toiletgang en (v) ondersteuning bij het in- en uit bed komen. De ziektekostenverzekeraar heeft in afwijking van de gestelde indicatie een PGB vv toegekend op basis van 4 uren en 5 minuten persoonlijke verzorging per week voor de zorg als bedoeld onder (i). De ziektekostenverzekeraar heeft geen PGB vv toegekend voor de zorg als beschreven onder (ii) t/m (v).
- 6.9. Tussen partijen is niet in geschil dat de ondersteuning bij ADL-zorg, zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en dat sprake is van een geneeskundige context. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze zorg immers een PGB vv toegekend. In afwijking van de gestelde indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar het PGB vv gebaseerd op 4 uren en 5 minuten persoonlijke verzorging, in plaats van 6 uren en 30 minuten per week. Met het Zorginstituut is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar deze verlaging van de geïndiceerde minuten onvoldoende heeft onderbouwd. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster alsnog een PGB vv moet toekennen voor ADL-zorg op basis van 6 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 6.10. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de hulp bij het eten en voor hulp bij het aanreiken en innemen van medicatie geen PGB vv toegekend, omdat hij van mening is dat verzoekster hierin zelfstandig kan voorzien door gebruik te maken van hulpmiddelen dan wel dat deze zorg van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat de indicierend verpleegkundige in een nadere toelichting is afgeweken van

de gestelde indicatie op deze onderdelen. De commissie stelt vast dat de verpleegkundige in haar nadere toelichting per e-mail inderdaad is afgeweken van de gestelde indicatie in de oorspronkelijk ingediende aanvraag, zodat moet worden aangenomen dat de tijd in die aanvraag te ruim was geïndiceerd. In haar nadere reactie komt de verpleegkundige uiteindelijk tot 7 uren persoonlijke verzorging per week voor hulp bij het eten en op 1 uur en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor hulp bij het aanreiken en innemen van medicatie.

- 6.11. Het is een vast onderdeel van de indicatiestelling om na te gaan of een verzekerde zelfstandig, dan wel met inzet van hulpmiddelen, kan voorzien in de zorgbehoefte. Het is tevens een vast onderdeel van de indicatiestelling om na te gaan welke zorg het netwerk van een verzekerde op zich kan nemen. De indicerende verpleegkundige heeft in dit geval toegelicht waarom verzoekster geen gebruik kan maken van het door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde hulpmiddel bij het eten. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel niet onderbouwd waarom deze toelichting niet toereikend is, zodat hij op dit onderdeel niet van de (aangepaste) indicatie mocht afwijken. Verder blijkt uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar dat hem niet duidelijk is waarom verzoekster geen gebruik kan maken van een hulpmiddel bij het innemen van medicatie. Het is echter niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar hierover gerichte vragen heeft gesteld aan de indicerende wijkverpleegkundige, terwijl dit wel op zijn weg had gelegen dit te doen, mede tegen de achtergrond van het feit dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een aanvraag PGB vv bij de verpleegkundige ligt.
- 6.12. In dit verband gaat de commissie voorbij aan het door de zorgverzekeraar gebruikte argument dat het hier zorg betreft die van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht, omdat - zoals het Zorginstituut dit verwoordt - een zorgverzekeraar niet de afwijgrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde. Voor zover het voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk was of en hoe de verpleegkundige bij de indicatiestelling rekening had gehouden met 'mogelijkheden van zorg door het netwerk', geldt ook hier dat het op de weg van ziektekostenverzekeraar ligt hierover gerichte vragen te stellen aan de indicerende wijkverpleegkundige. Niet is gebleken dat dit is gebeurd.
- 6.13. De commissie heeft opgemerkt dat het Zorginstituut in zijn advies van 21 juni 2021 tot de conclusie is gekomen dat de geneeskundige context van de zorg als geïndiceerd voor hulp bij het eten en het aanreiken en innemen van medicatie onvoldoende is onderbouwd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich hierop niet heeft beroepen, ziet de commissie thans geen aanleiding het advies van het Zorginstituut hierin te volgen.
- 6.14. Gelet op het voorgaande mocht de ziektekostenverzekeraar niet afwijken van de (aangepaste) indicatie en dient hij aan verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen voor hulp bij het eten op basis van 7 uren persoonlijke verzorging per week en het aanreiken en innemen van medicatie op basis van 1 uur en 10 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 6.15. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de hulp bij de toiletgang geen PGB vv toegekend, omdat dit volgens hem valt onder 'begeleiding' en omdat de geneeskundige context van deze zorg onvoldoende is onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar verwijst voor een onderbouwing van dit standpunt naar het advies van Argonaut. De commissie overweegt dat het advies op dit onderdeel tegenstrijdigheden bevat. Enerzijds verklaart Argonaut dat verzoekster een forse mobiliteitsbeperking heeft door krachtsverlies en tremoren in de armen en benen, waardoor de transfers moeizaam verlopen, en dat de hulp die verzekerde nodig heeft voortkomt uit somatische problematiek en niet onder Wmo valt. Anderzijds verklaart Argonaut dat de hulp bij transfers als begeleiding moet worden aangemerkt. Voor deze discrepantie geeft de ziektekostenverzekeraar geen verklaring, zodat onduidelijkheid bestaat over de vraag of verzoekster al dan niet is aangewezen op de geïndiceerde zorg.
- 6.16. Uit het advies van het Zorginstituut van 16 september 2021 volgt dat vanuit de verpleegkundige diagnoses en interventies die daaruit voortvloeien duidelijk zou moeten zijn dat sprake is van een geneeskundige context. Dat wil zeggen dat duidelijk moet zijn dat de zorg samenhangt

met geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Hoewel volgens het Zorginstituut niet is uitgesloten dat sprake is van een geneeskundige context, is dit volgens hem onvoldoende onderbouwd en beschreven in het zorgplan en ook anderszins niet onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige. De commissie ziet geen aanleiding om op dit onderdeel af te wijken van het advies van het Zorginstituut, temeer omdat de indicierend wijkverpleegkundige uiteindelijk alsnog in de gelegenheid is gesteld te reageren op de bevindingen van Argonaut, maar ten onrechte heeft nagelaten dit onderdeel nader te onderbouwen.

- 6.17. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen voor hulp bij de toiletgang.
- 6.18. De ziektekostenverzekeraar heeft tot slot weliswaar geen PGB vv toegekend voor de ondersteuning bij het in- en uit bed komen, maar nagelaten te onderbouwen waarom hij hiertoe heeft besloten. De gevolgen hiervan komen voor zijn rekening en risico, mede tegen de achtergrond van het feit dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een aanvraag PGB vv bij de verpleegkundige ligt. Voor de hier bedoelde zorg dient de ziektekostenverzekeraar dan ook een PGB vv te worden toegekend overeenkomstig de gestelde indicatie op basis van 280 minuten, ofwel 4 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging.
- 6.19. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster met ingang van 25 oktober 2020 een PGB vv toe te kennen op basis van 19 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 30 december 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 gehandicapten.
- 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-geregisteerde 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-geregisteerde 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-geregisteerde 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-geregisteerde 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-geregisteerde 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.



Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de toekenning en het declareren van het Zvw-pgb. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

Bij tegenstrijdigheden tussen de polisvoorwaarden en het PGB-reglement heeft dit PGB-reglement voorrang.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel B29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit de meest recente versie van:

- a) De Zorgverzekeringswet;
- b) het Besluit zorgverzekering;
- c) de Regeling zorgverzekering;
- d) de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e) interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- f) de bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan het gewijzigde artikel 2.15a van het Besluit.

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis en Principe Polis Budget;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoert. Dat is One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden indien er zwaarwegende omstandigheden zijn die hiertoe aanleiding geven, zoals wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen of andere zaken.

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.

Let op! Onder 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

- 2 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
- 3 op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

- 1 u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);

- 2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Zvw, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b u was binnen een periode van 5 jaar voorafgaand aan het indienen van de 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-rgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;
 - e u bent aangemeld bij het CAK (Centraal Administratie Kantoor) vanwege een premieachterstand, of er sprake is van opschorting van de premiebetaling bij het CAK;
 - f u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - g u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
- 3 dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-rgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 8 Verplichtingen;
- 4 dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- 5 dat u naar ons oordeel op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunt motiveren dat u de zorg via een Zvw-rgb 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-rgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb.

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-rgb als zich één van de volgende weigeringsgronden zich voordoet:

- 1 als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-rgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-rgb;
- 2 u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
- 3 uw vrijheid is ontnomen;
- 4 u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) "bewuste keuze gesprek" en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
- 5 uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-rgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
- 6 u zorg inkoop 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. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. 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/zij 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 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - f heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - g biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-rgb verbonden verplichtingen.
- 9 Er wordt geen Zvw-rgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen: gebruikelijke zorg) en wat u en uw naasten zelf kunnen doen. 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.

Artikel 5 aanvraag Zvw-rgb

- 1 Uw aanvraag voor een Zvw-rgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-rgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-rgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-rgb.
- 2 Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of zorginhoudeijk adviseur.

- 3 a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid heeft opgesteld.
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde HBO kinder-verpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie INtegrale 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 gesteld te worden in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
- 4 De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
- 5 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 wordt 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. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.3.
- 6 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. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
- 7 Is er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
- 8 Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
- 9 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, 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 zorgverlener is.
- 10 Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel B29 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
- 11 Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatiesteller (intervisie) en na overleg past de 1e indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 5.3a, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen.
- 12 Op het aanvraagformulier dient u aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
- 13 Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer 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. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.
- 14 Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
 - a De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast.
 Een combinatie van zorgverlening door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en zorg via een Zvw-pgb is niet mogelijk.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 1 De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag ook op een latere datum in laten gaan.
- 2 In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen 4 weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie. Wanneer uit de herindicatie blijkt dat uw zorgvraag is veranderd, dan gaat de wijziging van het Zvw-pgb in, op de dag dat de wijkverpleegkundige de wijziging heeft vastgesteld.

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 € 23,52 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.