

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(H.A.J. Kroon, L. Ritzema en drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202400189

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de aanvraag voor een PGB vv op basis van 1 uur en 10 minuten Verpleging en 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week alsnog wordt goedgekeurd. De ernst en de aard van haar klachten blijkt duidelijk uit de aanvraag en de aanvullende medische stukken die zijn overgelegd.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de geïndiceerde zorg niet navolgbaar is. De ziektekostenverzekeraar ziet de zorgvraag niet terug in de aanvraag en er zijn tegenstrijdigheden met betrekking tot de geneeskundige context. Daarnaast kan de zelfredzaamheid van verzoekster nog bevorderd worden.

- 1.2. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar bij de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv de vereiste zorgvuldigheid in acht heeft genomen door contact te zoeken met de indicierend wijkverpleegkundige. Gelet op de verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige was zij het eens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de aanvraag niet voldoende was onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende gemotiveerd waarom ook de na de afwijzing ingediende medische stukken niet kunnen leiden tot toekenning van het PGV vv. De commissie volgt de conclusie van het Zorginstituut dat het aannemelijk is dat bij verzoekster sprake is van een zorgvraag, maar dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar mocht de aanvraag voor het PGB vv daarom afwijzen. Voor toekenning van de door verzoekster gevorderde proceskosten bestaat onder de gegeven omstandigheden geen grond. Het verzoek wordt afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 19 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 februari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

- 2.2. Bij brief van 19 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 maart 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 april 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024011605) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 mei 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 30 mei 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 april 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket, Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft een wijkverpleegkundige gevraagd bij haar een indicatie te stellen in verband met een aanvraag voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna PGB vv). De indicerend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld van 1 uur en 10 minuten Verpleging en 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Deze indicatie gaat in op 21 november 2022 en loopt tot 20 november 2023. De aanvraag is op 4 februari 2023 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 3.3. Bij brief van 13 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 17 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de aanvraag voor een PGB vv op basis van 1 uur en 10 minuten Verpleging en 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week alsnog wordt goedgekeurd.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar brief van 19 januari 2024, dat zij vanwege haar klachten en beperkingen niet in staat is volledig in haar persoonlijke verzorging te voorzien.

De ernst en de aard van haar fysieke en mentale klachten blijken duidelijk uit de (aanvullende) medische stukken die zij bij de ziektekostenverzekeraar heeft aangeleverd, en die afkomstig zijn van haar reumatoloog, neuroloog en cardioloog. Verzoekster heeft artrose, rugklachten en diabetes type 2, en als gevolg van deze aandoeningen heeft zij bewegingsbeperkingen. Zij ervaart veel pijn in haar handen, ellebogen, schouders, benen en rug. Haar handen worden stijf en ze kan geen vuist maken, waardoor ze moeilijk iets kan pakken. Dit belemmert haar in haar persoonlijke verzorging. Uit het verslag van de behandelend neuroloog blijkt dat de pijn in de rechterarm van verzoekster is toegenomen en haar belemmert in het dagelijks gebruik van deze arm. Een wortelblokkade heeft weinig effect gehad op de pijn. Ook heeft zij toenemende scherpe en drukkende pijn vanuit haar stuitje met uitstraling naar de benen en voeten.

Verzoekster is vanwege stekende pijn op haar borst doorverwezen naar een cardioloog, en deze heeft na onderzoek geconcludeerd dat sprake is van geringe wandonregelmatigheden met mid-LAD en waarschijnlijk intermediaire stenose. Zij krijgt vanwege haar diabetes type 2 insuline toegediend. Dit kan zij vanwege de artrose klachten niet zelf. Zij is voorts bekend met psoriasis en gebruikt hiervoor zalf. Het aanbrengen hiervan kan zij eveneens niet zelf. Verder is verzoekster incontinent en kan zij niet zelfstandig uit bed komen.

Naast bovenstaande klachten heeft verzoekster cognitieve en psychische beperkingen, bestaande uit depressieve klachten en psychoses. Dit leidt tot lusteloosheid en initiatiefloosheid. De huisarts vermeldt deze psychische problematiek niet in de episodelijst, maar het bestaan ervan blijkt onder andere uit het reumatologisch verslag van de behandelend reumatoloog en de OMAHA aanleiding van stichting Goed Huis.

Verzoekster krijgt vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) hulp in de huishouding en ze heeft een traplift. Zij verwijst naar het verslag van de ergotherapeut van 25 november 2022, waaruit naar voren komt dat zij bij nagenoeg alle activiteiten van het dagelijks leven ondersteuning nodig heeft dan wel deze activiteiten van haar moeten worden overgenomen.

Verzoekster brengt een lijst in het geding van de behandelingen bij de fysiotherapeut. Ook in het verslag van de ergotherapeut en de OMAHA aanleiding wordt de fysiotherapeut genoemd. Verzoekster vraagt tevens vergoeding van de proceskosten

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde hulpmiddelen geen verbetering opleveren. Een toiletverhoger of po-stoel heeft geen nut op het moment van psychoses bij verzoekster. En ook op andere momenten heeft verzoekster niet door dat er behoefte is en is zij vaak niet op tijd. Daarnaast gebruikt verzoekster noodmedicatie op het moment van paniek bij heftige pijn en een baxterrol heeft op zo een moment geen zin. Verzoekster betwijfelt of de overgelegde medische stukken zijn betrokken bij de beoordeling van de ziektekostenverzekeraar.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor een PGB vv terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de zorg die verzoekster nodig heeft geen verband houdt met de behoefte aan verpleging of verzorging zoals verpleegkundigen die bieden. Er is geen sprake van geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. In de brief van 22 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de geïndiceerde zorg niet navolgbaar is. De wijkverpleegkundige geeft aan dat er een zorgvraag is, maar de ziektekostenverzekeraar ziet dit niet terug in de aanvraag. De ziektekostenverzekeraar ziet anderzijds wel tegenstrijdigheden met betrekking tot de geneeskundige context. In de brief van 19 maart 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar dat de indicatiestelling niet voldoet aan het V&VN normenkader. De genoemde diagnoses komen niet voort uit de diagnostiek vanuit de betrokken medisch specialisten, waardoor de belemmeringen die verzoekster ervaart bij zelfzorgactiviteiten niet herleidbaar zijn. De aanvullende informatie uit de specialistenverslagen geeft geen antwoord op de vragen van de ziektekostenverzekeraar.

Er is door de wijkverpleegkundige niet voldoende gekeken naar behandelingen of hulpmiddelen die doelmatiger zijn en die de zelfredzaamheid van verzoekster nog kunnen verhogen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat niet is te herleiden waarom hulp nodig is bij de toiletgang, terwijl de zelfredzaamheid van verzoekster kan worden bevorderd met een toiletverhoger. De ziektekostenverzekeraar betwist overigens niet dat verzoekster bij een fysiotherapeut onder behandeling is. Dat hiervan structureel gebruik wordt gemaakt om de zelfredzaamheid te bevorderen is echter niet te herleiden.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop daarnaar door de commissie expliciet gevraagd nog aangevoerd dat de overgelegde medische stukken zijn betrokken bij de beoordeling. De relatie tussen de klachten en zelfzorgtekort zijn hiermee echter niet opgehelderd. Daarnaast zijn andere hulpmiddelen als een traplift en rollator in haar situatie meer doelmatig.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 17 april 2024 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 30 mei 2024) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het dossier bevat de PGB vv-aanvraag d.d. 4 februari 2023 met het daarbij behorende zorgplan. Daarnaast bevat het dossier brieven van diverse specialisten, de huisarts, fysiotherapeut en ergotherapeut.

De geïndiceerde zorg is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan en de geneeskundige context is niet duidelijk. Het is niet duidelijk wat de relatie tussen de beperkingen van verzoekster en het zelfzorgtekort is.

De indicerend wijkverpleegkundige geeft in haar e-mail van 12 april 2023 zelf ook aan dat er wel sprake is van een zorgvraag, maar dat er meer informatie nodig is om te kunnen onderbouwen dat er sprake is van een geneeskundige context. Daarnaast geeft zij aan dat de geïndiceerde tijden beter onderbouwd moeten worden door het verduidelijken van de geneeskundige context en dat de klachten van verzoekster niet uit de medische gegevens blijken.

Op basis van de brieven van de specialisten, de huisarts, fysiotherapeut en ergotherapeut acht het Zorginstituut het wel aannemelijk dat er sprake is van een zorgvraag. De geneeskundige context dient echter beter onderbouwd te worden in het zorgplan.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden vastgesteld dat sprake is van een geneeskundige context. Verzoekster kan op basis van de PGB vv-aanvraag d.d. 4 februari 2023 en het bijbehorende zorgplan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 8.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Een verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 8.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
- a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 8.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.5. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan zijn beslissing op de PGB vv-aanvraag van verzoekster, op 5 april 2023 telefonisch en op 12 april 2023 per e-mail contact heeft gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. Uit het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar volgt welke onderdelen van de indicatie hij niet duidelijk of tegenstrijdig vindt. De indicierend wijkverpleegkundige is door de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Dit heeft zij gedaan, per e-mail, op 12 april 2023. Uit deze reactie valt op te maken dat zij het met de ziektekostenverzekeraar eens is dat er meer informatie nodig is om de klachten te onderbouwen en de indicatie meer navolgbaar te maken. In haar e-mailbericht van 12 april 2023 schrijft de indicierend wijkverpleegkundige: *"Een en ander neemt overigens niet weg dat ik nog steeds van mening ben dat er wel degelijk klachten bestaan die te herleiden zijn uit de episodelijst (hernia, Astma) en dat ik ook de indruk heb dat bestaande klachten (hartfalen, wellicht Artrose) wel aanwezig zijn, maar vooralsnog niet uit de medische gegevens blijken. Ik ben het met u eens dat het aan familie is om deze klachten te verduidelijken door bijvoorbeeld brieven van specialisten aan te leveren. Wanneer aanvullende onderbouwing wordt aangeleverd is er mijns inziens geen noodzaak tot het doorverwijzen naar ZIN."*
- 8.6. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens de aanvraag afgewezen. Naar het oordeel van de commissie is hierbij een zorgvuldige procedure gevolgd. In vervolg op de afwijzing heeft de ziektekostenverzekeraar een verzoek om heroverweging ontvangen met aanvullende

medische stukken, die volgens verzoekster ten tijde van de aanvraag nog niet bekend waren. De ziektekostenverzekeraar heeft in de heroverweging van 22 juni 2023 gemotiveerd waarom deze medische stukken niet kunnen leiden tot toekenning van het PGB vv. Zo ziet de ziektekostenverzekeraar tegenstrijdigheden met betrekking tot de geneeskundige context en is hij van mening dat (nog) niet optimaal is toegewerkt naar zelfredzaamheid. De ziektekostenverzekeraar adviseert daarom om professionele zorg in te zetten. Het Zorginstituut heeft het dossier - inclusief de nagezonden medische stukken - beoordeeld, en komt in het voorlopig advies van 17 april 2024 tot de conclusie dat het aannemelijk is dat bij verzoekster sprake is van een zorgvraag. De geïndiceerde zorg is echter onvoldoende onderbouwd in het zorgplan en de geneeskundige context is niet duidelijk. Het is niet duidelijk wat de relatie tussen de beperkingen van verzoekster en het zelfzorgtekort is. Om die reden wordt geconcludeerd dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, en wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is aangevoerd, en de aanvullende verklaring van de indicerend wijkverpleegkundige geen aanleiding om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt het advies over. Dit leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde uren Verpleging en Persoonlijke Verzorging vanuit het PGB vv. Gelet op het voorgaande is ook de gevorderde proceskostenveroordeling niet toewijsbaar.

Slotsom

8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juni 2024

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld onder 2a
- Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel zoals vermeld onder 2b

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 13. Gecombineerde leefstijlinterventie

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd GGR heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Verpleging en verzorging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntensysteem en casemanagement. Onder deze zorg valt ook zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

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

U heeft voor verpleging en/of verzorging een indicatie nodig en er moet een zorgplan zijn opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Let op

Steeds meer medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. De bijbehorende verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

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 € 26,52 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.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en

- c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

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. blijkt 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.