



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202001501

Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 november 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 10 februari 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021002533) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 10 februari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 12 maart 2021 heeft verzoekster de commissie per brief aanvullende informatie gezonden. Een kopie hiervan is op 16 maart 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 15 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 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 gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is op 6 november 2019 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 2 uren verpleging en 16 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan - dat deel uitmaakt van de hiervoor genoemde aanvraag - over verzoekster verklaard:

"(...) In 1989 heeft mw bijna 2 vingers eraf gesneden met een keukenmes. Vingers zijn toen middels een operatie eraan gezet, maar heeft posttraumatische dystrofie gekregen. Doordat mw. haar andere hand extra gebruikte, kreeg mw. aan andere hand ook dystrofie, Mw. is niet in staat tot het uitvoeren van zelfzorghandelingen tgv de posttraumatische dystrofie aan beide handen. Mw. is gehuwd, woont met echtgenoot samen. Echtpaar heeft kinderen, maar wonen in een andere plaats en mw. wil haar kinderen niet belasten met zorgtaken. Mw. regelt haar zaken graag zelf middels een PGB.

(...)

Leefgebied: 5. Fysiek

- posttraumatische dystrofie, sinds 1989, aan beide handen
- diabetes mellitus, niet-insuline afhankelijk, alleen orale medicatie
- ruggenwervelfractuur
- maculadegeneratie aan beide ogen

Mw. heeft door bovenstaande problemen hulp nodig in de persoonlijke verzorging. Wassen/aankleden, toiletgang, etc. Mw. regelt haar zorg zelf en coördineert zelf de zorgverlening middels een PGB. Er is zowel sprake van planbare en onplanbare zorg.

(...)

Wondzorg | Mijn wonden zijn verzorgd

Mw heeft zeer regelmatig steenpuisten. Deze moeten dagelijks behandeld worden.

(...)

Persoonlijke zorg | Ik ben aan- en uitgekleed (intensieve begeleiding)

(..)

Persoonlijke zorg | Ik ben gewassen (intensieve begeleiding)

(...)

Persoonlijke zorg | Ik kan naar het toilet gaan (intensieve begeleiding)

(...)

Mobiliteit en transfer | Ik weet hoe ik mij het beste kan bewegen of verplaatsen (intensieve begeleiding). Ondersteunen bij in en uit bed gaan zonder hulpmiddelen (PV).

(...)

Medicatie toediening | Medicijnen zijn toegediend conform richtlijnen (intensieve begeleiding)

Toediening van medicatie via de huid (pleister) (PV), aansluiten Tens-apparaat in de ochtend en afkoppelen Tens-apparaat in de avond.

(...)

Risicosignalering

(...)

Valrisico

Loopt u zelfstandig (met of zonder hulpmiddel)? Ja

Staat u zelfstandig op? Soms

Gaat u zelfstandig naar het toilet? Soms

Bent u de afgelopen jaar gevallen? Nee

Bent u de afgelopen jaar bijna gevallen? Nee

is er bij u sprake van een onevenwichtig of ongelijkmatig looppatroon? (slenteren, schuifelen, sloffen, afwijken van lijn of wankel stappen) Nee

Moet risicobeheersing van de bovengenoemde risico's opgenomen worden in het plan voor de komende tijd? Nee

(...)

Medicatieveiligheid

Heeft u huiduitslag? Nee

Bent u in korte tijd afgevallen of aangekomen? Nee

Bent u ineens minder mobiel? Nee

Heeft u last van onverklaarbaar braken of misselijkheid? Nee

Overziet u uw medicijngebruik nog (vul eventueel de screening Beheer Eigen Medicatie in)? Ja

Weigert u inname van uw medicatie? Nee

Moet risicobeheersing van de bovengenoemde risico's opgenomen worden in het plan voor de komende tijd? Nee

Toelichting: mw. heeft medicatie in eigen beheer, dit gaat goed.

(...)

Incontinentie

Loopt u met een hulpmiddel naar het toilet? Nee

Gebruikt u een postoel naast het bed? Nee

Gebruikt u een po in bed? Nee

Heeft u hulp nodig van verpleging of verzorging bij de toiletgang? Soms

Kunt u een broeksknoop zelf loskrijgen en kleding uittrekken? Soms

Kunt u de toiletdeur open en dicht doen? Ja

Kunt u de weg naar het toilet zien? Ja

Voelt u aandrang? Soms

Kunt u het toilet vinden? Ja

Bent u angstig? Nee

Bent u nerveus? Nee

Bent u depressief? Nee

Moet risicobeheersing van de bovengenoemde risico's opgenomen worden in het plan voor de komende tijd? Ja

Toelichting: mw. kan zichzelf niet goed verschonen, mw. heeft af en toe hulp nodig bij toiletgang.

(...)

(...)

Wondverzorging (VP) - 140 minuten per week.

Ondersteuning bij aankleden (PV) - 70 minuten per week

Ondersteuning bij uitkleden (PV) - 105 minuten per week

Douchen met douchestoel (PV) - 315 minuten per week

Begeleiden bij toiletgang (PV) - 280 minuten per week

Ondersteunen bij in en uit bed gaan zonder hulpmiddelen (PV) - 140 minuten per week

Toediening van medicatie via de huid (pleister) (PV) - 70 minuten per week (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 februari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 2 uren verpleging en 16 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 7 november 2019 tot en met 19 februari 2020.
- De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 februari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 8 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 19 februari 2020 tot en met 31 december 2020.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 4 maart 2020 per brief om heroverweging van voornoemde beslissingen gevraagd. Op 27 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de ontvangst van deze brief bevestigd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar hierop - ondanks herhaald verzoek - niet inhoudelijk gereageerd.
- 3.6. Nadien is door de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld tussen partijen. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar op 28 augustus 2020 en 15 september 2020 per brief verklaard dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Op 10 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Het dossier bevat de PGB vv aanvraag met het daarbij behorende ondersteuningsplan. Het dossier bevat geen medische informatie. Verweerder stelt dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren. Het dossier bevat echter geen verklaring van de wijkverpleegkundige. Het Zorginstituut neemt dit daarom niet als vaststaand feit aan.

Begeleiding toiletgang

In het ondersteuningsplan is de geneeskundige context van de begeleiding bij de toiletgang onvoldoende onderbouwd. Er moet sprake zijn van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. In het ondersteuningsplan is niet duidelijk beschreven dat hier sprake van is en waarom.

Ondersteuning in en uit bed gaan

Verweerder voert aan dat de ondersteuning bij het in en uit bed gaan redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk van verzoekster. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om vaste stellen of deze zorg redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk van verzoeker. Voor dat toegekomen wordt aan deze vraag moet echter vast staan dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Op basis van het ondersteuningsplan is onduidelijk wat de zorg precies inhoudt en of het zorg is zoals verpleegkundige die plegen te bieden en zo ja, of sprake is van een geneeskundige context.

Wondverzorging

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier lijkt er geen sprake te zijn van wondverzorging, zoals verweerder ook stelt, maar van inspectie van de huid. Dit kan meegenomen worden tijdens de ADLzorg in de ochtend. Het is op basis van het ondersteuningsplan onduidelijk waarom er 20 minuten per dag geïndiceerd is voor wondverzorging en wat deze zorg precies inhoudt. Daarom kan niet vastgesteld worden dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en of sprake is van een geneeskundige context.

Aansluiten TENS apparaat en zorg in de ochtend

Verweerder betwist niet dat verzoekster is aangewezen op het aansluiten van het TENS apparaat maar geeft aan dat deze handeling niet apart geïndiceerd dient te worden omdat het aansluiten van het TENS apparaat weinig tijd kost. De zorg is daarom toegekend als avondzorg. Voor wat betreft de zorg in de ochtend heeft verweerder 10 minuten minder toegekend dan dat er geïndiceerd is. De reden daarvoor is onduidelijk. Het advies van het Zorginstituut kan echter geen betrekking hebben op het aantal geïndiceerde minuten. Omdat verweerder de uren deels heeft toegekend is niet in geschil of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv voor wat betreft de begeleiding bij de toiletgang, ondersteuning bij het in en uit bed gaan en wondverzorging. De geneeskundige context van deze zorg is onvoldoende onderbouwd en voor de zorg met betrekking tot in en uit bed gaan en de wondverzorging staat ook niet vast of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Met betrekking tot het aansluiten van het TENS apparaat en de zorg in de ochtend is niet in geschil of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan daarom geen advies uitbrengen over deze zorg. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat
 - (i) de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen op basis van 2 uren verpleging en 16 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week vanaf 19 februari 2020;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan haar de kosten voor de inzet van rechtsbijstand 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 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. Ook zijn hierin de relevante bepalingen vermeld uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij al bijna 15 jaar hulp en ondersteuning thuis ontvangt vanwege de chronische aandoening die zij heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft deze zorg altijd vergoed. Onlangs heeft de ziektekostenverzekeraar aan haar nog een PGB vv toegekend op basis van 2 uren verpleging en 16 uren persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2019. Sindsdien is de gezondheidssituatie van verzoekster niet verbeterd, maar zelfs verslechterd als gevolg van ouderdom. Het is voor haar alleen al om deze redenen onverklaarbaar waarom de ziektekostenverzekeraar vanaf 1 januari 2020 een PGB vv heeft toegekend op basis van bijna de helft van het aantal uren zorg dat zij voorheen ontving en dat bovendien geen budget is toegekend voor verpleging. De voor verzoekster noodzakelijk zorg kan hierdoor niet meer worden verleend.

De ziektekostenverzekeraar heeft geen PGB vv toegekend voor wondzorg, omdat het verzorgen van steenpuisten hieronder niet zou vallen. Verzoekster heeft aangevoerd dat niet ter discussie staat dat de behandeling van de steenpuisten noodzakelijk is en dat zij hierbij hulp nodig heeft. Zelf als geen sprake zou zijn van wondzorg - hetgeen door verzoekster wordt betwist - bestaat dan ook geen reden hiervoor geen PGB vv toe te kennen.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder geen PGB vv toegekend voor hulp bij het in en uit bed gaan, omdat de partner van verzoekster deze zorg kan verlenen. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hiermee volledig voorbij gaat aan de feitelijke situatie. Haar partner geeft weliswaar ondersteuning waar mogelijk, maar kan als gevolg van (ouderdoms)klachten steeds minder hulp bieden. Bovendien is haar partner niet altijd thuis. Ook op die momenten is echter hulp en ondersteuning nodig. Dat de ziektekostenverzekeraar op dit punt is afgeweken van de indicatie, zonder zich te vergewissen van de consequenties hiervan is onzorgvuldig te noemen.

De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast geen PGB vv toegekend voor hulp bij de toiletgang. Verzoekster is weliswaar mobiel, maar niet in staat zelfstandig de toiletdeur te openen of zelfstandig het toilet te gebruiken. Verzoekster kan namelijk zo goed als niets met haar handen, die bovendien pijnlijk en gevoelig zijn. Zij kan bijvoorbeeld geen deuren openmaken of zelfstandig haar kleding aan- en uit doen, waardoor zij is aangewezen op ondersteuning.

Het knippen van de nagels is vanwege pijn in de handen een delicate en pijnlijke aangelegenheid. Dit dient, zoals ook in het verleden is geïndiceerd, daarom door een deskundige (verpleegkundige) te worden gedaan.

Ten aanzien van het plaatsen en ontkoppelen van het Tens-apparaat stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het onbewezen standpunt dat het niet zoveel tijd kost - althans minder dan de hiervoor geïndiceerde tijd - en dat dit met andere handelingen is te combineren. Volgens de ziektekostenverzekeraar hoeft hiervoor dan ook geen PGB vv te worden toegekend. Verzoekster heeft aangevoerd dat dit een bijzondere simplificatie is van de werkelijkheid. Het plaatsen en ontkoppelen van het Tens-apparaat kost tijd, zoals deze ook is geïndiceerd. Dit kan niet

worden gecombineerd met een andere handeling. Sterker nog, doordat hiervoor geen PGB vv is toegekend, gaat dit nu ten koste van andere zorghandelingen die zijn aangewezen.

De ziektekostenverzekeraar heeft tot slot verklaard dat overleg heeft plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige en dat op basis hiervan de toekenningsbeschikking is afgegeven. Van dit overleg is echter geen verslag aangeleverd. Bovendien is niet gebleken dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft ingestemd met een halvering van de aanvankelijk gestelde indicatie. Verzoekster vraagt zich dan ook af of daadwerkelijk overleg heeft plaatsgevonden of dat de ziektekostenverzekeraar eigenmachtig van de gestelde indicatie is afgeweken. Bovendien had het op zijn weg gelegen hierover ook in overleg te treden met verzoekster, om na te gaan welke implicaties het voor haar zou hebben om na bijna 15 jaar te besluiten het aantal uren waarvoor zij zorg krijgt bijna te halveren.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft het volgende aangevoerd.
- De indicierend wijkverpleegkundige heeft wondzorg geïndiceerd. Daarvan is bij verzoekster echter geen sprake. Uit het overleg met de indicierend wijkverpleegkundige is gebleken dat verzoekster steenpuisten heeft en dat de huid moet worden geïnspecteerd en indien nodig worden behandeld. Deze zorg is niet aan te merken als verpleging. Bovendien kan de inspectie van de huid plaatsvinden tijdens het wassen. Het is niet noodzakelijk voor deze handeling apart een PGB vv toe te kennen.
- De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor het in en uit bed gaan zonder hulpmiddelen. Verzoekster heeft beperkingen aan haar handen, zodat de zorg met name lijkt te zien op het houden van toezicht. Dit is zorg die mag worden verwacht van een huisgenoot, zoals de partner van verzoekster, als beschreven in artikel 4.9 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget'. Hiervoor is om die reden geen PGB vv toegekend.
- Verzoekster is mobiel, zodat niet valt in te zien waarom zij is aangewezen op begeleiding bij de toiletgang. Dit is evenmin duidelijk geworden na overleg met de indicierend wijkverpleegkundige. Om die reden is geen PGB vv toegekend voor deze zorg.
- Verder is tijd geïndiceerd voor toediening van medicatie via de huid. Dit betreft het aan- en afkoppelen van het Tens-apparaat. Deze handeling kan met andere ADL-zorg worden gecombineerd. Er kan niet minder dan 5 minuten per zorghandeling worden geïndiceerd. Deze handeling kost echter 1 à 2 minuten. Om die reden is op dit punt afgeweken van de gestelde indicatie en is hierop 10 minuten in mindering gebracht.

Zorgverzekering

- 6.4. De commissie overweegt dat verpleging en persoonlijke verzorging onder de dekking van de zorgverzekering kan vallen als sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context. Dit laatste wil zeggen dat de zorg moet plaatsvinden met het oog op herstel van de gezondheid of het voorkomen van verergering van een aandoening. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige in de aanvraag en in het zorgplan te onderbouwen dat aan beide punten wordt voldaan. Dit volgt uit artikel 5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement).
- 6.5. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar - in afwijking van de gestelde indicatie - geen PGB vv heeft toegekend voor de zorg die in het zorgplan is beschreven als: (i) wondverzorging, (ii) het begeleiden bij de toiletgang, (iii) het ondersteunen bij het in en uit bed gaan zonder hulpmiddelen en (iv) de toediening van medicatie via de huid.
- 6.6. Met betrekking tot punt (i) blijkt uit het zorgplan dat bij verzoekster geen sprake is van wonden, maar van steenpuisten en dat deze dagelijks moeten worden geïnspecteerd. Verzoekster heeft dan ook niet aannemelijk gemaakt dat zij is aangewezen op 20 minuten wondverzorging per dag. Dit heeft tot gevolg dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor geen PGB vv hoeft toe te kennen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd - namelijk dat niet ter discussie staat dat zij is aangewezen op de behandeling van steenpuisten - leidt niet tot een ander oordeel. Dit had dan als zodanig moeten worden geïndiceerd, onderbouwd en aangevraagd en dat is niet gebeurd.

- 6.7. Ten aanzien van punt (ii) is in het zorgplan beschreven dat verzoekster zelfstandig naar het toilet kan, maar dat zij niet in staat is zichzelf te verschonen. Verder is vermeld dat zij af en toe hulp nodig heeft bij de toiletgang. Daarmee is echter onvoldoende onderbouwd wat de geneeskundige context is van deze zorg. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor geen PGB vv hoeft te kennen.
- 6.8. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar voor de zorg onder (iii) geen PGB vv heeft toegekend, omdat hij van oordeel is dat mag worden verwacht dat deze zorg door het netwerk van verzoekster wordt verleend. De commissie overweegt dat het aan de indicierend wijkverpleegkundige is om bij het stellen van een indicatie na te gaan of het netwerk van een verzekerde bepaalde zorgtaken op zich kan nemen. Voor deze zorg wordt geen indicatie gesteld. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige als onvoldoende duidelijk is hoe een en ander bij de indicatiestelling is betrokken. Het is vervolgens aan de wijkverpleegkundige dit te onderbouwen en waar nodig de indicatie aan te passen. Het is evenwel niet aan de ziektekostenverzekeraar zelf te bepalen welke zorg al dan niet door het netwerk van een verzekerde kan of moet worden geleverd. Daarmee zou immers zijn indicatie in de plaats worden gesteld van die indicatie die is gesteld door de door hem aangewezen inhoudelijk deskundige, te weten de indicierend wijkverpleegkundige. Artikel 4.9 van het reglement geeft de ziektekostenverzekeraar hiertoe dan ook niet de ruimte.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat hij contact heeft gehad met de indicierend wijkverpleegkundige en dat zij bij die gelegenheid heeft verklaard dat de zorg onder (iii) kan worden verleend door het netwerk van verzoekster, zodat hiervoor inderdaad geen PGB vv hoeft te worden toegekend. Verzoekster heeft echter bestreden dat dit overleg heeft plaatsgevonden en dat de indicierend wijkverpleegkundige bij die gelegenheid heeft ingestemd met verlaging van de indicatie. De commissie overweegt dat de gestelde indicatie als uitgangspunt geldt voor de beoordeling en dat het - gelet op artikel 150 Rv - aan de ziektekostenverzekeraar is zijn stelling te bewijzen dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft ingestemd met verlaging hiervan. De ziektekostenverzekeraar is hierin niet geslaagd. Zo volgt uit de e-mailbericht van 6 februari 2020 niet wat er precies met de indicierend wijkverpleegkundige is besproken. Ook is hieruit niet af te leiden welke zorgactiviteiten exact zijn besproken of hoeveel zorg precies per activiteit wordt toegekend. Het had evenwel op de weg gelegen van de ziektekostenverzekeraar inzichtelijk te maken welke overwegingen hij had om tot afwijking van de gestelde indicatie te komen, als ook hoe de discussie hierover met de indicierend wijkverpleegkundige is verlopen. Dit heeft hij echter nagelaten. Verder geldt dat instemming van de indicierend wijkverpleegkundige met een eventuele aanpassing van de indicatie een vereiste was, maar deze niet aannemelijk is gemaakt. Dit volgt in ieder geval niet uit voornoemde e-mailbericht. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte van de gestelde indicatie is afgeweken en dat hij voor deze zorg alsnog een PGB vv moet toekennen. De commissie overweegt voorts dat het Zorginstituut in zijn advies van 10 februari 2021 weliswaar zijn vraagtekens heeft gezet bij de inhoud en de geneeskundige context van de voornoemde zorg, maar dat dit geen grond is waarop de ziektekostenverzekeraar zich in het kader van zijn afwijzende beslissing heeft beroepen. Dit kan dan ook niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.10. Met betrekking tot de zorg beschreven onder (iv) overweegt de commissie het volgende. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van zorg zoals verpleegkundige die plegen te bieden en dat de geneeskundige context voldoende is onderbouwd, zodat de ziektekostenverzekeraar in beginsel de gestelde indicatie moet volgen. De ziektekostenverzekeraar kan echter van een indicatie afwijken als de geïndiceerde zorg naar zijn oordeel niet doelmatig is. In dat geval is het aan de ziektekostenverzekeraar op transparante en objectieve wijze te onderbouwen hoe hij tot dit oordeel is gekomen. Dit volgt uit artikel 5.11 van het reglement. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat verzoekster wel recht heeft op vergoeding van zorg onder (iv), maar dat deze handeling relatief weinig tijd kost, namelijk enkele minuten per keer. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de handeling kan worden gecombineerd met de hulp bij het wassen en het aankleden.

De commissie overweegt dat uit de verklaring van de ziektekostenverzekeraar enerzijds volgt dat recht bestaat op een PGB vv voor de genoemde zorg, hetzij voor een beperkt aantal minuten, maar anderzijds uit het dossier niet blijkt dat hiervoor daadwerkelijk een PGB vv is toegekend. Mede gelet op artikel 5.11 van het reglement had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen te onderbouwen op hoeveel minuten zorg verzoekster wél recht heeft, dan wel aannemelijk te maken dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft ingestemd met de verlaging van de indicatie tot nihil. De ziektekostenverzekeraar is hierin niet geslaagd. Zo ontbreekt een deugdelijke onderbouwing voor de aanpassing van het aantal minuten zorg en is niet gebleken dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft ingestemd met een verlaging van de indicatie op dit punt. Dit volgt - zoals hiervoor ook is overwogen - in ieder geval niet uit de e-mail van 6 februari 2020. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig de gestelde indicatie een PGB vv moet toekennen voor de zorg als beschreven onder (iv).

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een PGB vv, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

Schadevergoeding

- 6.12. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij schade heeft geleden in de vorm van de kosten voor de inzet van rechtsbijstand, maar zij heeft nagelaten deze kosten te onderbouwen. Dit vormt reeds grond het verzoek om schadevergoeding af te wijzen. Overigens neemt de commissie daarbij in overweging dat het gelet op het laagdrempelige karakter van de onderhavige procedure niet noodzakelijk is rechtsbijstand in te schakelen, zodat de kosten hiervan in beginsel voor eigen rekening blijven. Aangezien verzoekster deels in het gelijk wordt gesteld, ziet de commissie wel aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet voldoen.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv moet toekennen op basis van 11 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 19 februari 2020 tot en met 31 december 2020;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 20 april 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

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 29 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, Principe Polis Budget en Principe Polis Restitutie;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam OZF: OZF Zorgpolis;
- 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;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): ZorgPlan Restitutie, ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief;
- Volmacht van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea 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, 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 inkoopt 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 volgens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c is zijn/haar vrijheid reeds 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 gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen 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 zorginhoudelijk adviseur.

- 3 a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een BIG-geregistreeerde HBO kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). 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 aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie.
- 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 Voor gespecialiseerde verpleging bent u in het bezit van een uitvoeringsverzoek van een medisch specialist. Met deze verklaring kan door een BIG-geregistreeerde 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 28 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 uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
- 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.

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.
- 3 In de schriftelijke toekenningsverklaring of bevestiging via elektronische weg, die wij u toesturen, leggen wij de periode van toekenning van het Zvw-pgb en de hoogte van het budgetbedrag dat over deze periode maximaal wordt vergoed vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u al over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
- 4 Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
- 5 Het budget wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.

29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 18, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' 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 kindershospice.

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.

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 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.
- 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 intensieve 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 (BIKZ). 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 aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige 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. 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'.
- 2 Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 3 Voor gespecialiseerde verpleging moet vooraf een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door een medisch specialist. 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 34 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- 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 gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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 zorgaanbieders 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 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 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. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag 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.



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 rehtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en

weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.