

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, doelmatigheid, Argonaut Advies

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

Zaaknummer : 202100099

Zittingsdatum : 17 november 2021

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 april 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 14 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 augustus 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 9 september 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021032680) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 september 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 november 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 22 november 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 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend** en Aanvullend Tand** (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder buiten beschouwing.
- 3.2. Op 19 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster een aanvraag ontvangen voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 12 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.3. In het zorgplan - dat deel uitmaakt van de voornoemde aanvraag - heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoekster verklaard:

"(...) Evaluatie zorg en ziektebeeld d.m.v. huisbezoek 16 september 2020

Bij mevr op huisbezoek geweest nav verlopen PGB indicatie. Mevr. geeft aan dat haar gezondheidssituatie slechter is geworden en de huidige zorg noodzakelijk blijft. Heeft nog steeds erge pijnklachten in haar lichaam zoals rug, polsen, vingers, en knieën. Is ook nog erg vermoeid en benauwd. Tijdens het gesprek komt mevr. kortademigheid over. Mevr. is ook naar de fysiotherapie geweest n.a.v de pijnklachten in haar lichaam, maar vanwege Corona heeft ze maar een paar behandelingen gehad. Ze staat nu weer op de wachtlijst zodat dit hervat wordt. Mevr. geeft echter aan dat het niet helpt, en ze eerder in het verleden al fysiotherapie heeft gehad. Situatie is chronische van aard en verwachting is ook dat mevr. alleen maar achteruit zal gaan ook met het oog op de leeftijd. Mevr. geeft aan dat ze geen toiletverhoger heeft gehaald omdat ze hier de financiële middelen niet voor heeft, en de gemeente dit niet wilt vergoeden. Mevr. geeft aan dat het verhogen van de toilet niet de oplossing is, omdat ze geen kracht heeft in haar armen, en hierdoor niet van de toilet kan opstaan/optrekken. Ze heeft elders verhoogde toiletten geprobeerd (bij ziekenhuis en huisarts) maar hier had ze hetzelfde probleem. Omdat mevr. plastabletten slikt moet ze regelmatig naar de toilet, en hierdoor blijft inzet wijkverpleging noodzakelijk. Mevr. gaat vanwege de plastabletten ook niet vaak meer naar buiten, omdat ze bang is naar de toilet te moeten gaan en dan is er niemand om haar te helpen. Op de dagen dat ze naar buiten moet, probeert ze bijna niet te drinken zodat ze de toiletgang vermijdt. Met de zorg die ze momenteel krijgt blijft haar persoonlijke hygiëne op orde en voelt mevr. zich ook schoon. De zorg m.b.t. de ADL en de medicatie zijn ook ongewijzigd.

Evaluatie ziektebeeld en zorg op 18-07-2019

Mevr. heeft nog steeds pijnklachten aan verschillende gewrichten en spieren in het lichaam tgv artrose. Dit zijn voornamelijk de schouders, rug, hals, vingers en knieën. Mw. heeft last van nekkramp, heeft moeite met het draaien van haar hoofd. Mevr. geeft aan dat de pijn steeds erger wordt. Pijnstilling helpt nauwelijks. Artsen kunnen verder niet veel doen, mevr. is bekend met Alfa-thalassemie en is lichamelijk ook erg zwak is en vermoeid. Hierdoor verhoogd valrisico. Mevr. heeft moeite met het bukken, armen omhoog tillen en lopen. Mevr. heeft ook last van artrose aan linker knie na septische arthrititis, loopt m.b.v. een rollator. Mevr. is verder bekend met terugkerende longontsteking, benauwdheidsklachten, kortademigheid, hoesten(bronchospasme), hypertensie en onregelde bloedsuikerspiegel (KDM type 2). Mw. gebruikt plastabletten waardoor ze vaker moet plassen. Mevr. is ook erg vermoeid, en hierdoor zeer passief. Heeft dagelijkse ondersteuning bij de ADL nodig. Mw. is onlangs gestart met Fysiotherapie. Loopt bij een GGZ-verpleegkundige voor psychische klachten. Heeft ook WMO ondersteuning. Mevr. is vergeetachtig en vergeet hierdoor medicatie in te nemen. Indien dit niet wordt aangereikt, is het risico op geneeskundig zorg groter tgv complicaties. Mw. heeft veel medicijnen die zij dagelijks moet innemen en heeft hier geen overzicht in.

(...)

PV: Ondersteunen bij toiletgang c.q. incontinentiemateriaal

Frequentie: 4x per dag

Aantal dgn: 7 dgn per week

Tijd per keer: 10 min

ZVW Persoonlijke verzorging 04:40

Doel: Mw. is in staat met dagelijkse ondersteuning naar de toilet te gaan en is er binnen 2 jaar geen achteruitgang.

- Behoudt van persoonlijke hygiëne

- Voorkomen valincidenten (mevr. is eerder gevallen toen ze alleen naar de toilet wilde gaan)

(...)

PV: ondersteuning bij persoonlijke zorg: wassen en aan/uitkleden

Mw. in grote mate helpen bij het wassen en kleden

Frequentie: 2x per dag

Aantal dgn: 7 dgn per week

Tijd per keer: ochtend 30 min, avond 15 min

ZVW Persoonlijke verzorging 5:15

(...)

PV: Ondersteunen in medicatie aanreiken

Frequentie: 4x per dag

Aantal dgn: 7 dgn per week

Tijd per keer: 5 min

ZVW Persoonlijke verzorging 02:20

Doel: Mw. krijgt dagelijks haar medicatie volgens voorschrift. Voorkomen medicatie incidenten. Mw. geeft binnen 2 jaar geen achteruitgang aan van haar klachten. Baxterrol geen optie omdat mw. slechte ervaring mee heeft, mw. heeft zo nodige medicatie die niet gebaxterd kunnen worden.

Toelichting doelen

De zorgverlener ondersteunt mw. dagelijks bij de persoonlijke verzorging. De zorgverlener ondersteunt mw. dagelijks om mw. de zorgmomenten als minder belastend te ervaren zodat mw. meer energie en minder klachten heeft om de dag door te komen. Mw. behoudt haar gevoel van eigen regie en de zorgverlener stimuleert om dingen wat zij zelf kan zelf te doen zoals tanden poetsen, gezicht wassen en wassen van bovenkant/voorkant van het lichaam maar lettend op belastbaarheid i.v.m (pijn)klachten. Het ADL zorgmoment is in veiligheid toegenomen. Door de zorg en door douchestoel (hulpmiddel) wordt het risico op vallen beperkt en wordt er voorkomen dat mw. meer lichamelijke klachten krijgt. Zo heeft mw. minder kans op meer zorg en afhankelijkheid. Doelstelling betreft autonomie: handhaven van huidig zelfzorgniveau. (...)"

- 3.4. In het kader van de beoordeling van de aanvraag heeft Argonaut - op verzoek van de ziektekostenverzekeraar - een huisbezoek afgelegd bij verzoekster. Van dit huisbezoek is een verslag gemaakt. Hierin is over verzoekster vermeld, voor zover hier relevant:

"(...) 3.1 Situatieschets

(...) Er zijn steunbeugels in de toiletruimte en de badkamer waaraan verzekerde zich kan optrekken. Een douchestoel maakt verzekerde gebruik van en verder zijn er geen woningaanpassingen. Een toiletverhoger die door de wijkverpleegkundige is geadviseerd heeft verzekerde niet gehaald. Dit kan verzekerde niet bekostigen vanuit haar AOW volgens eigen zeggen. Verzekerde heeft alleen contact met familie. Verzekerde zegt geen behoefte te hebben aan sociale contacten buiten de familie. Verzekerde loopt met een elleboogkruk in de woning. Buiten gebruik ze de rollator. Ze komt weinig buiten. Medicatie neemt verzekerde zelf wanneer deze zijn uitgezet in een weekdoos door haar zoon.

3.2 Relevante ziektebeelden

- Artrose: rug, schouders, pols, vingers en knieën zijn pijnlijk. Verzekerde ervaart pijn bij het maken van transfers van zit/sta vnl. na toiletbezoek. Dit kost haar veel kracht, omdat de knieën pijnlijk zijn. Vooral haar linker knie is beperkt door de pijn. Wassen/kleden en hygiëne na toiletbezoek kan zelfstandig. Hier moet verzekerde meer kracht zetten om krom te gaan staan. Het is opvallend dat verzekerde geen fysio meer heeft ondanks de beperkingen die zij ervaart. Ze zegt dat wel weer op te pakken ondanks dat het geen effect heeft.

De bank waarop verzekerde zit is erg laag, waardoor transfer/zit moeilijk gaat. De transfer maakt ze met een loopkruk aan de rechterarm. Een hogere stoel zou de transfers vergemakkelijken. Verzekerde loopt een stukje door de woonkamer met loopkruk. Het gaat traag en moeizaam. Verzekerde lijkt m.i. wel stabiel op haar benen te staan. Bijzonder dat verzekerde de trappen nog op en af kan lopen ondanks haar pijnlijke knieën.

- Alfa thalassemie: hemoglobine in het bloed dat minder goed zuurstof vervoert. Zwak en vermoeid. Moeite met bukken, armen omhoog tillen en lopen.
- POH/GGZ: rouwproblemen na overlijden van haar zoon. Vergeetachtig; onbekende oorzaak.
- DM type 2: DM verpleegkundige 1x per 3 maanden. Alleen orale medicatie gebruikt ze hiervoor.
- Geeft aan incontinent te zijn van urine. Opvallend is dat ze geen incontinentiemateriaal draagt, alleen maar een maandverbandje.

(...)

3.5 Welke beperkingen kunnen door het gebruik van hulpmiddelen of voorliggende voorzieningen opgelost worden en zijn geen reden voor Zvw zorg? De vermoeidheid kan verminderd worden door te gaan verhuizen naar een huis zonder trappen, waardoor verzekerde veel energie kan besparen. Hier is sprake van tegenstrijdigheden op het gebied van activiteiten en beperkingen. Verzekerde zegt het erg zwaar te vinden haar onderlichaam te verzorgen en transfers te maken. Ze gaat wel een verdieping hoger slapen. Er zijn diverse praktische zaken die kunnen helpen de zelfredzaamheid te vergroten.

De hulpmiddelen die de belastbaarheid meer balans kunnen brengen, zijn door onbekende redenen niet gelukt. Ondanks het advies van de wijkverpleegkundige. Wat is er aan de hand waardoor er een inadequate situatie is ontstaan? Waardoor kon verzekerde niet tot het inzetten van hulpmiddelen en het maken van keuzes niet niet bijdragen aan de zelfredzaamheid? Om eerst in kaart te brengen wat verzekerde nodig heeft om haar dagelijks leven te reorganiseren zou ZIN passend zijn.

(...)

3.7 Is toename van zelfredzaamheid mogelijk, en zo ja, op welke termijn?
Medicijndispenser kan de zelfredzaamheid direct verhogen.

(...)

3.9 Advies PV:

(...)

Aantal minuten per dag: 20

Aantal dagen per week: 7

Toelichting: PV ochtend. Hulp bij wassen onderlichaam, kleden onderlichaam. Ondersteunen hygiëne na toiletgang. Het betreft een gecombineerde behandeling.

Aantal minuten per dag: 10

Aantal dagen per week: 7

Toelichting: PV Avond. Ondersteuning bij omkleden onderlichaam. Ondersteunen hygiëne na toiletgang. Het betreft een gecombineerde handeling.

(...)

3.14 Uitleg waarbij en waarom dit minder (of meer) is dan de [gestelde] indicatie

- De vermoeidheid kan verminderd worden door te gaan verhuizen naar een huis zonder trappen, waardoor verzekerde veel energie kan besparen. Er zijn diverse praktische zaken die kunnen helpen om de zelfredzaamheid te vergroten. De energie die verzekerde gebruikt tijdens het traplopen kan zij beter inzetten tijdens een toiletbezoek of verzorgmoment.

- De bank waarop verzekerde zit is erg laag waardoor transfer/zit moeilijk gaat. De transfer maakt ze met een loopkruk aan de rechterarm. Een hogere stoel zou de transfers vergemakkelijken.

- Medicatie kan door de medicijndispenser worden overgenomen.

- Verzorgen onderlichaam en hygiëne na toiletbezoek kan gecombineerd worden. Zowel in de ochtend en de avond. Verzekerde draagt een maandverbandje en geen inco-materiaal.

Verzekerde kan ook in de middag zelfstandig naar het toilet. Dus 4x daags ondersteunen bij toiletgang c.q. incontinentiemateriaal is m.i. erg ruim. 30 minuten is ook erg ruim geïndiceerd voor het wassen/kleden van het onderlichaam.

- Door inzet van ergotherapeut zou de zelfredzaamheid op een comfortabele manier mogelijk verhoogd kunnen worden.

M.i. heeft de wijkverpleegkundige te veel tijd per handeling geïndiceerd. In de indicatie was alles apart van elkaar geïndiceerd, terwijl al deze handelingen samenvallen. Echter vergt de zorg nog veel tijd i.v.m. de beperkte inspanningstolerantie en pijnklachten.

(...)

3.17 Toelichting

Om eerst in kaart te brengen wat verzekerde nodig heeft om haar dagelijks leven te reorganiseren is ZIN passender. Verzekerde voldoet daardoor niet aan de voorwaarden PGB. Het is niet niet duidelijk of verzekerde langer dan 1 jaar zorg nodig heeft.

(...)

4.5 Resultaten contact wijkverpleegkundige

Een collega van indicierend wijkverpleegkundige telefonisch gesproken. Deze deelde mij mede mij niet te woord te willen staan in verband met de AVG. Om die reden heeft er geen telefonisch overleg plaatsgevonden. (...)"

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 december 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen.
- 3.6. Op 16 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de indicierend wijkverpleegkundige per e-mail geïnformeerd over de uitkomsten van het huisbezoek en aan haar meegedeeld dat de aanvraag van verzoekster wordt afgewezen. In reactie hierop heeft de indicierend wijkverpleegkundige op 16 december 2020 per e-mail verklaard: (...) *Ik begrijp dat de gehele aanvraag afgewezen wordt op basis van de hulpmiddelen die verzekerde niet heeft. Voor de toiletgang begrijp ik het, maar voor de ADL heeft mevr gedeeltelijk hulp nodig, ondanks inzet [van] hulpmiddelen . Zij komt niet overal bij vanwege de pijn en uitvalsverschijnselen. Dus graag het vriendelijke verzoek de aanvraag te herzien en wellicht deels goed te keuren m.b.t. de ADL (...)"* Op 17 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan de indicierend wijkverpleegkundige meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 24 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Op 9 februari 2021 heeft de behandelend fysiotherapeut over verzoekster verklaard: *"(...) In de periode van 11-12-2020 tot nu zag [verzoekster] vanwege de volgende hulpvraag: Wil heel graag wat gecontroleerder oefenen, zodat zij minder pijnklachten heeft in met name haar been en dat ze weer makkelijker haar dagelijkse dingen kan uitvoeren.*

[Verzoekster] heeft klachten van volgende aard:

- *Stoornissen in functie: Zeurende en stekende pijnen in rechter knie, ook zwelling en maakt veel geluid.*
- *Beperkingen in activiteiten: Lopen met stok (PSK waarde: 8). PSK bereik 0-10.*
- *Participatieproblemen: Moeite met alle dagelijkse dingen. Heeft vooral moeite met langer staan en lopen. Hierdoor is zelfverzorging ook moeizamer.*
- *Herstel beïnvloedende factoren: behoorlijke medische voorgeschiedenis, al jarenlang klachten*

De therapie is gericht op functioneel trainen en kijken waar zij tegenaan loopt in het dagelijks leven, zodat zij hopelijk wat makkelijker en zelfstandiger haar dagelijkse dingen kan doen. Helaas verwacht ik niet dat mevrouw ooit volledig zal herstellen en zij zal altijd beperkt blijven. Daarvoor zou extra hulp voor haar wel belangrijk zijn. (...)"

- 3.9. Op 24 februari 2021 heeft de behandelend ergotherapeut over verzoekster verklaard: (...) **Ergotherapeutische bevindingen betreft de ADL**

Wassen, hygiëne en aan- en uitkleden

Mevrouw ontvangt dagelijks ondersteuning vanuit de zorg. Mevrouw zit tijdens het douchen en maakt gebruik van een douchestoel. De reden dat mevrouw het niet volledig zelfstandig kan, zijn de pijnklachten en bewegingsbeperkingen. Er is een noodzaak voor het dagelijks wassen in verband met de hygiëne. Mevrouw probeert zoveel mogelijk deelhandelingen die zij zelf kan zelf uit te voeren. Zo wast mevrouw het gezicht zelf en doet mevrouw ook het tandenpoetsen zelfstandig. Bij het aan- en uitkleden wordt mevrouw ook ondersteund. Bukken is voor mevrouw heel lastig.

Mevrouw voelt de aandrang van urine en defecatie. Soms is mevrouw te laat door de beperkte mobiliteit. Mevrouw heeft in het verleden incontinentiemateriaal geprobeerd, maar kreeg hier uitslag van. Mevrouw heeft ook inlegkruisjes en maandverband geprobeerd, maar kreeg ook daar uitslag van.

Toedienen van medicatie

Mevrouw wordt ondersteund bij het klaarzetten van medicatie. Er is een baxterrol aanwezig. Mevrouw vergeet haar medicatie nog wel eens in te nemen, waardoor er vanuit de zorg ook een controlerende functie is. Het continueren van medicatie is van belang in verband met de bloedsuikerspiegel.

Verzorging van de huid

Mevrouw heeft vaak last van jeuk en heeft hiervoor zalf/crème van de huisarts voorgeschreven gekregen. De jeuk vindt plaats over heel het lichaam. Met name het insmeren van de rug en de achterzijde van het lichaam kan mevrouw niet zelfstandig. Er zijn momenteel geen wondjes aanwezig op de huid. Mevrouw haar teennagels worden nu bijgehouden door een PGB'er. Mevrouw kan het niet zelfstandig, doordat zij niet kan reiken naar haar tenen. Het advies is om met de huisarts en de verzekering de mogelijkheid te bespreken van specialistische voetverzorging, zoals bij een gespecialiseerde pedicure.

Bereiden van maaltijden

Mevrouw kan niet zelfstandig koken. Mevrouw maakt soms een makkelijke maaltijd, zoals een boterham met pindakaas. Mevrouw heeft vaak geen eetlust waardoor zij ook niet zelf iets te eten pakt. Mevrouw kan niet langdurig staan. Momenteel wordt mevrouw ondersteund bij het maken van de maaltijd en tijdens het nuttigen van de maaltijd. Indien mevrouw samen met de zorg eet, is er vaker meer eetlust en zijn de maaltijden regelmatig.

(...)

Ergotherapeutisch advies

Inzet/continueren van de zorg om mevrouw te ondersteunen tijdens de dagelijkse handelingen binnen de zelfzorg. Gezien de (chronische) gezondheidsklachten en de mentale problematiek zal de zelfstandigheid van mevrouw naar verwachting niet op korte termijn toenemen. (...)"

- 3.10. Nadien is bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Bij brief van 19 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv toegekend van 5 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 3 oktober 2020 tot en met 16 oktober 2021. Op 21 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan de SKGZ deze beslissing toegelicht en verklaard dat geen PGB vv wordt toegekend voor de zorg die is geïndiceerd voor het aanreiken van medicatie en de hulp bij de toiletgang.
- 3.11. Op 9 september 2021 heeft het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie verklaard: "(...) In het dossier is de PGB aanvraag met het daarbij behorende zorgplan aanwezig. Daarnaast bevat het dossier een overzicht van de aandoeningen van verzoekster, een medicatieoverzicht, een verslag van de fysiotherapeut en ergotherapeut, een herbeoordeling van Argonaut, en een e-mailwisseling tussen de indicierend verpleegkundige en verweerder.

Het Zorginstituut kan voor geschillen over een PGB verzorging en verpleging slechts beoordelen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel uren zorg verzoekster aanspraak kan maken. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Voor wat betreft de zorg rondom de ondersteuning bij het aanreiken van medicijnen blijkt uit het dossier niet wat de geneeskundige context is. Het Zorginstituut is het met verweerder eens dat de geneeskundige context van de zorg onvoldoende onderbouwd is.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel uren zorg verzoeker aanspraak kan maken. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. Voor zover de aanvraag is afgewezen op grond van het niet onderbouwd zijn van de geneeskundige context voor wat betreft de ondersteuning bij het aanreiken van medicijnen is dit terecht. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar een PGB vv te verstrekken op basis van 12 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 4.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte aanneemt dat er geen fysiotherapeut en ergotherapeut zijn betrokken om haar zelfredzaamheid te vergroten. Tevens gaat de ziektekostenverzekeraar er ten onrechte vanuit dat onvoldoende gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen en dat zij hiermee volledig in haar zelfzorgtekort kan voorzien. In dit verband wijst verzoekster naar de aanvraag en het zorgplan waar een en ander nader is beschreven en onderbouwd. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar, aldus verzoekster, ten onrechte dat er geen toiletverhoging is. Ook gaat hij er ten onrechte aan voorbij dat verzoekster veel medicatie moet innemen en dat deze voor haar moet worden uitgezet. Als dit niet gebeurt, komt het voor dat zij vergeet deze in te nemen of neemt zij niet de juiste hoeveelheden in. Verder is het voor verzoekster niet mogelijk incontinentiemateriaal te dragen, omdat zij hiervan uitslag krijgt. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat haar zelfzorgtekort mede is terug te voeren op chronische aandoeningen en beperkingen die haar leeftijd met zich brengen. Deze beperkingen zullen alleen maar toenemen, naarmate de tijd vordert. Door de inzet van verpleging en verzorging kan de kwaliteit van leven echter worden behouden en kan verzoekster langer zelfstandig thuis blijven wonen.
Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat zij niet is te spreken over de manier waarop Argonaut het huisbezoek heeft uitgevoerd en de wijze waarop die tot zijn advies is gekomen. Volgens verzoekster zijn tijdens het huisbezoek impertinente vragen gesteld. Zij werd, ondanks haar klachten en beperkingen, gedwongen allerlei activiteiten uit te voeren. Verder heeft Argonaut de indicatie van de wijkverpleegkundige klakkeloos terzijde geschoven en hebben Argonaut en de ziektekostenverzekeraar geen blijk ervan gegeven dat zij eerdere PGB-toekenningen of het medisch dossier van verzoekster hebben betrokken bij de besluitvorming. Deze besluiten zijn om die reden onzorgvuldig tot stand gekomen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aanvankelijk geen PGB vv is toegekend aan verzoekster, omdat onvoldoende duidelijk was op welke wijze zij had toegewerkt naar het vergroten van haar zelfredzaamheid en omdat niet duidelijk was welke hulpmiddelen nog konden worden ingezet om te voorzien in haar zelfzorgtekort. Met de verklaringen van de fysiotherapeut en de ergotherapeut is hierover duidelijkheid gegeven en is besloten aan verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen voor de zorg die is geïndiceerd voor ondersteuning bij het wassen en het aan- en uitkleden.
Voor de zorg die is geïndiceerd voor het aanreiken van medicatie is geen PGB vv toegekend. Uit de verklaring van de ergotherapeut blijkt namelijk dat een baxterrol aanwezig is en dat de zorg verder vooral ziet op toezicht en controle. Hiervoor wordt geen PGB vv toegekend. Ook voor de zorg die is geïndiceerd voor ondersteuning bij de toiletgang en/of incontinentiemateriaal is geen PGB vv toegekend. Uit de verklaring van de ergotherapeut volgt namelijk dat verzoekster zelfstandig naar het toilet kan. Daarnaast is het gebruik van incontinentiemateriaal een voorliggende voorziening voor de momenten dat verzoekster niet tijdig bij het toilet kan komen. In overleg met de leverancier kan worden bepaald welk materiaal voor verzoekster het beste is.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van haar aanvraag tot toekenning van een PGB vv.
- 6.3. In gevallen als deze gaat het onder meer om beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot de verzoekster mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 6.4. Het beslissingskader dat de commissie in PGB-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:

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

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

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

(c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige

- (i) tot overeenstemming tussen verzekeraar en verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
- (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzoekster en de verpleegkundige.

- 6.5. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor in 6.4. onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet-tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek van verzoekster om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 18 augustus 2021 verklaard dat de indicatie die is gesteld door de indicierend wijkverpleegkundige onvoldoende duidelijk was en dat dit aanleiding gaf Argonaut te vragen een huisbezoek af te leggen bij verzoekster. Vervolgens is op basis van dit advies de aanvraag van verzoekster bij brief van 16 december 2020 afgewezen en is de indicierend wijkverpleegkundige hierover gelijktijdig geïnformeerd per e-mail. Het is de commissie niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar - voorafgaand aan het nemen van zijn beslissing - de indicierend wijkverpleegkundige heeft geïnformeerd over de bevindingen van Argonaut, dat hij heeft onderbouwd waarom de indicatie volgens hem onvoldoende duidelijk is en dat de indicierend wijkverpleegkundige in de gelegenheid is gesteld deze onduidelijkheid weg te nemen. Daarmee is de beslissing van 16 december 2020 onzorgvuldig tot stand gekomen.
- 6.7. Nadien heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen tussen partijen bemiddeld. In dat verband zijn met de ziektekostenverzekeraar verschillende verklaringen gedeeld van de indicierend wijkverpleegkundige, de behandelend fysiotherapeut en de behandelend ergotherapeut. Dit alles heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar op 19 april 2021 heeft besloten aan verzoekster een PGB vv toe te kennen op basis van 5 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 3 oktober 2020 tot en met 16 oktober 2021. In afwijking van de door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar geen PGB vv toegekend voor de zorg die is beschreven als (i) ondersteunen bij toiletgang c.q. incontinentiemateriaal, en (ii) ondersteunen in medicatie aanreiken, zoals toegelicht door de ziektekostenverzekeraar in de brief aan de SKGZ van 21 april 2021. De commissie stelt vast dat niet in geschil is dat verzoekster een PGB vv toekomt voor de geïndiceerde ADL zorg voor wassen en aan- en uitkleden.
- 6.8. De commissie overweegt dat niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de beslissing van 19 april 2021 schriftelijk gerichte vragen heeft gesteld aan de indicierend wijkverpleegkundige met betrekking tot de gestelde indicatie. Hierdoor is zij ten onrechte niet in de gelegenheid gesteld eventuele onduidelijkheden weg te nemen en/of ontbrekende informatie aan te leveren met betrekking tot de niet toegekende onderdelen. Daarmee is ook de beslissing van 19 april 2021 niet zorgvuldig tot stand gekomen. Deze nalatigheid komt voor rekening en risico van de ziektekostenverzekeraar.
- 6.9. Het voorgaande neemt echter niet weg dat er tussen 16 december 2020 en 21 april 2021 wel per e-mail contact heeft plaatsgevonden tussen de indicierend wijkverpleegkundige en de ziektekostenverzekeraar. Per e-mail van 16 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de wijkverpleegkundige op de hoogte gebracht van de uitkomsten van het huisbezoek door Argonaut en zijn afwijzing van de aanvraag. Er wordt onder meer aangegeven dat tijdens het huisbezoek naar voren is gekomen dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen. Zo zou de door de wijkverpleegkundige geadviseerde wc-verhoger niet zijn aangeschaft en wilde verzoekster geen incontinentiemateriaal dragen. Daarop heeft de wijkverpleegkundige op 17 december 2020 per e-mail gereageerd. Zij heeft bij die gelegenheid te kennen gegeven dat zij begrijpt dat de aanvraag wordt afgewezen, voor zover dit ondersteuning bij de toiletgang betreft. Zij verzoekt daarentegen wel de aanvraag voor ADL zorg toe te kennen. In navolging van het Zorginstituut leidt de commissie uit deze e-mail af dat de wijkverpleegkundige op dat moment in elk geval geen bezwaar had tegen de afwijzing van de door haar gestelde indicatie wat betreft de ondersteuning bij toiletgang c.q. incontinentiemateriaal. De commissie is om die reden van oordeel dat onder deze omstandigheden van de ziektekostenverzekeraar niet kan worden gevergd voor dit onderdeel toch een PGB vv aan verzoekster toe te kennen.

- 6.10. Dit ligt anders voor zover dit de zorg omtrent het aanreiken van medicatie betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat hem niet duidelijk is waarom verzoekster niet zelfstandig, eventueel met de inzet van hulpmiddelen, in deze zorg kan voorzien en hij is daarnaast van oordeel dat deze zorg redelijkerwijs van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht. Zoals hiervoor reeds is overwogen, ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar bij eventuele onduidelijkheden over de indicatie de indicierend wijkverpleegkundige in de gelegenheid te stellen deze weg te nemen. In dit geval is deze mogelijkheid niet geboden, nog daargelaten dat een zorgverzekeraar niet de afwijsggrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde.
- 6.11. Een en ander leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen voor ondersteuning bij de toiletgang c.q. het incontinentiemateriaal, maar dat hij wel is gehouden een PGB vv aan haar toe te kennen voor ondersteuning bij het innemen van medicatie.
- 6.12. De commissie merkt voorts op dat verzoekster heeft verklaard dat zij niet zelfstandig haar steunkousen kan aan- en uittrekken. Uit de aanvraag en het zorgplan volgt echter niet dat hiervoor zorg is geïndiceerd, zodat de ziektekostenverzekeraar hiervoor geen PGB vv hoeft toe te kennen.
- 6.13. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar alsnog is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen voor de zorg die is geïndiceerd omtrent het ondersteunen in het aanreiken van de medicatie.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen op basis van 7 uren en 35 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 3 oktober 2020 tot en met 16 oktober 2021;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet voldoen;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 29 december 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

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

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

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

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

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

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

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

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

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

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

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

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

- 1 behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

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

Daarnaast dient u:

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

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

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

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

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-rgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb.

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

- 1 als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-rgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-rgb;
- 2 u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
- 3 uw vrijheid is ontnomen;
- 4 u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) "bewuste keuze gesprek" en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
- 5 uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-rgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
- 6 u zorg 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 zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen: gebruikelijke zorg) en wat u en uw naasten zelf kunnen doen. Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 aanvraag Zvw-rgb

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

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

Artikel 6 Toekenningsverklaring

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

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

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

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

B.28 Second opinion

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

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

Selectieve contractering Basis Budget

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

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

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

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

B.30 Eerstelijns verblijf

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

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

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

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



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 blijkt de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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