

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(H.A.J. Kroon, L. Ritzema en B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202301743

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft de commissie telefonisch gevraagd uitspraak te doen. Bij brief van 17 mei 2024 heeft de commissie het gesprek aan haar bevestigd. Op 30 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekering zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 19 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 7 augustus 2024 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie toegestuurd. Een kopie hiervan is op 8 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 30 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024028798) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 september 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 augustus 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.

- 2.2. Na een eerste aanvraag, gedateerd 10 april 2023, heeft verzoekster op 7 juni 2023 opnieuw een aanvraag gedaan voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). De indicierend wijkverpleegkundige heeft hiervoor bij verzoekster een indicatie gesteld van 14 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 31 mei 2023 tot en met 31 mei 2024.
- 2.3. Bij brieven van 9 mei 2023 (eerste aanvraag) en 15 juni 2023 (tweede aanvraag) heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de beide aanvragen niet compleet zijn en om deze reden niet in behandeling kunnen worden genomen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 10 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.
- 2.5. Na bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 maart 2024 aan verzoekster een PGB vv toegekend op basis van 9 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode 1 juni 2023 tot en met 31 mei 2024.
- 2.6. Bij brief van 30 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 15 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 12 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 18 april 2023 tot en met 31 mei 2024.
- 3.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in het e-mailbericht van 2 mei 2024, dat de indicierend wijkverpleegkundige niet akkoord is met aanpassing van de indicatie naar 9 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoekster heeft hiertoe een verklaring overgelegd van de wijkverpleegkundige van 29 april 2024 waarin zij aangeeft dat zij achter haar indicatie van 12 uren en 5 minuten per week blijft staan. De wijkverpleegkundige heeft verder verklaard:

"Ik sta achter de volgende uren: 12 uur en 5 min.

Dit is al echter aan de minimale kant. Ik voel me echter zeer in het nauw gedreven door de zorgverzekering, hun protocollen passen niet bij de zorg die ik mensen wil geven. Ik ben een ervaren wijkverpleegkundige die goed ziet welke zorg iemand nodig heeft en dat dit nodig is voor een beetje welzijn.

Zorg op maat, vanuit de eigen cultuur, met liefde, geduld, behoedzaamheid, heeft deze mw recht op. Wanneer ik zie wat het kostenplaatje is wanneer mw buitenshuis moet wonen is het zeer schrijnend. Dus pleit ik voor 12 uren zorg en 5 min."

Overigens werd een volgende aanvraag, voor meer uren, wél goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het Zorginstituut zich in zijn advies slechts op twee onderwerpen baseert, namelijk begeleiding bij transfers en de hulp bij het wassen van de haren. Bij verzoekster speelt echter veel meer. Het is onduidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar op basis van dezelfde feiten bij een volgende aanvraag meer uren heeft toegekend. De discussie met de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster veel verdriet gedaan. Het staat niet ter discussie dat zij zorg nodig heeft.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij verzoekster terecht een PGB vv heeft toegekend op basis van 9 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat hij op 18 april 2023 en 7 juni 2023 een aanvraag PGB vv heeft ontvangen. Bij beoordeling bleek beide keren dat de aanvraag niet compleet was. De aanvragen zijn op grond van artikel 5.1 van het reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging niet in behandeling genomen. Verzoekster en de indicierend wijkverpleegkundige zijn vervolgens op de hoogte gebracht van de reden om de aanvragen niet in behandeling te nemen. Na klachtbehandeling en bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, waarbij aanvullende stukken zijn ingediend, is de aanvraag van 7 juni 2023 alsnog in behandeling genomen. Deze aanvraag is gedaan voor 12 uren en 5 minuten Persoonlijk Verzorging per week. Op basis van goed vertrouwen en in samenspraak met de indicierend wijkverpleegkundige is de indicatie aangepast naar 9 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Het voorstel om de indicatie aan te passen is op 11 januari 2024 aan de indicierend wijkverpleegkundige gestuurd en zij heeft hierop haar akkoord gegeven. De indicierend wijkverpleegkundige komt hier nu op terug, stellende dat zij achter haar oorspronkelijke indicatiestelling blijft staan. Dit heeft zij echter niet kenbaar gemaakt bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 3:37, derde lid, en 3:37, vijfde lid, Burgerlijk Wetboek en een eerder bindend advies van de commissie. De ziektekostenverzekeraar heeft zijns inziens een zorgvuldige procedure gevolgd bij het beoordelen van de aanvraag.
- 4.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat nergens uit blijkt dat er op de indicierend wijkverpleegkundige druk is uitgeoefend om haar indicatie te verlagen. Het is geen punt van discussie dat er bij verzoekster een zorgvraag is. Iedere aanvraag wordt afzonderlijk beoordeeld. Het lijkt erop dat er bij de volgende aanvraag is geoordeeld dat er meer zorg nodig is voor verzoekster. Dit zijn nieuwe feiten of omstandigheden waardoor voor het douchemoment is iets meer tijd toegekend.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 augustus 2024 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 15 oktober 2024) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het dossier bevat de PGB-aanvraag d.d. 10 april 2023 met het daarbij behorende zorgplan.

Daarnaast bevat het dossier een nadere onderbouwing van de zorgvraag d.d. 4 januari 2024 door de wijkverpleegkundige. Ook bevat het dossier een assessment en een daarbij behorend zorgplan d.d. 19 juni 2024. In het dossier ontbreekt een PGB-aanvraag behorende bij het assessment.

Akkoord wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. In eerste instantie heeft de indicerende wijkverpleegkundige aan verweerder laten weten akkoord te gaan met het aanpassen van de indicatie. Later heeft zij aan de advocaat van verzoekster laten weten dat zij toch niet akkoord is met deze aanpassing.

Het Zorginstituut kan het akkoord van de indicerende verpleegkundige niet beoordelen, dit valt buiten zijn adviesbevoegdheid. Als de indicerende verpleegkundige daadwerkelijk akkoord is gegaan met het bijstellen van de indicatie, geldt dat deze zorg geen deel meer uitmaakt van de indicatie en dat verzoekster geen aanspraak kan maken op een PGB vv voor deze zorg. Als wordt uitgegaan van de oorspronkelijke indicatie van de indicerende verpleegkundige, dan geldt dat deze inhoudelijk moet worden beoordeeld.

Inhoudelijke beoordeling

De geneeskundige context voor de begeleiding bij de transfers met de traplift is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Ook wat betreft het samen kunnen vallen van het haren wassen met het douchemoment geldt dat op basis van alleen het zorgplan de volledige zorgvraag onvoldoende navolgbaar is. De nagezonden brief met een verdere onderbouwing geeft een beeld van de situatie van verzoekster, maar de geïndiceerde zorg wordt in deze brief niet verder onderbouwd. Het is aan de indicerende wijkverpleegkundige om de noodzaak en duur van de zorg en de geneeskundige context hiervan te onderbouwen. De onderbouwing van de geneeskundige context dient navolgbaar te zijn. Dit is nu echter niet het geval. Het geschil betreft ook het aantal geïndiceerde minuten voor het douchen. Nu verweerder een deel van de geïndiceerde tijd voor het douchen heeft toegekend, erkent verweerder dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Het advies van het Zorginstituut is beperkt tot een beoordeling van de aanspraak op grond van de basisverzekering. Het Zorginstituut kan dan ook geen zorginhoudelijk advies geven over de geïndiceerde tijd voor het douchen. Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat op basis van het zorgplan en de nagezonden brief de geneeskundige context onvoldoende navolgbaar is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de geneeskundige context voor de begeleiding bij de transfers met de traplift onvoldoende is onderbouwd. Wat betreft de vraag of het terecht is dat het haren wassen kan samen vallen met het douchen, geldt dat de volledig zorgvraag onvoldoende is onderbouwd. Dit geldt dus ook voor wassen van de haren. De vraag of deze samen kan vallen met het douchemoment is aan de indicerend verpleegkundige om te beoordelen maar dan moet deze zorg wel onderbouwd zijn. Wat betreft de hoeveelheid tijd voor het douchen kan worden geconcludeerd dat het Zorginstituut geen adviestaak heeft in dit geschil. Verzoekster kan op basis van de PGB vv-aanvraag d.d. 10 april 2023 en het bijbehorende zorgplan geen aanspraak maken op een PGB vv voor de begeleiding bij de transfers met de traplift en het apart wassen van de haren ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv voor de begeleiding bij de transfers met de traplift en het apart wassen van de haren ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Een verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 7.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
- a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 7.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv, tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 7.5. In de situatie van verzoekster zijn twee aanvragen ingediend, die niet in behandeling zijn genomen aangezien zij niet compleet waren. Met het indienen van de tweede aanvraag is, volgens de vaste lijn van de commissie, de eerdere aanvraag komen te vervallen. De commissie stelt vast dat beide partijen het erover eens zijn dat er 12 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging is aangevraagd. Naar aanleiding van de tweede aanvraag, van 7 juni 2023, heeft de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan het verlagen van de indicatie, geprobeerd telefonisch in contact te komen met de indicierend wijkverpleegkundige. Dit is niet gelukt, waarop de ziektekostenverzekeraar haar op 11 januari 2024 een e-mailbericht heeft gestuurd. Hierin heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht op welke punten hij de aanvraag onvoldoende onderbouwd acht. De ziektekostenverzekeraar heeft tevens een voorstel voor het aanpassen van de indicatie gedaan en hierop een toelichting gegeven: *"Graag ontvangen wij uw reactie of u akkoord bent met de aanpassing van de indicatie voor 23-1 2024 Anders kunnen wij de aanvraag niet verder in behandeling nemen. Gaat u niet akkoord met onze aanpassing? Onderbouw dan waarom niet. U kunt dit per e-mail doen of door telefonisch contact op te nemen met ondergetekende."* Op 22 januari 2024 heeft de indicierend wijkverpleegkundige in een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar verklaard: *"(...) Na uitleg jullie uren toekenning ga ik akkoord."* De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar bij de beoordeling van de aanvraag de vereiste zorgvuldigheid in acht heeft genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcretiseerd op welke punten hij de indicatie onnavolgbaar acht. De indicierend wijkverpleegkundige heeft de mogelijkheid gekregen hierop inhoudelijk te reageren. Zij heeft geen inhoudelijke reactie gegeven en is akkoord gegaan met het verlagen van de indicatie zoals voorgesteld. De commissie concludeert dat de reactie geen ruimte gaf tot twijfel en dat de ziektekostenverzekeraar mocht vertrouwen op het bereiken van een akkoord met betrekking tot de verlaging zoals voorgesteld. In het e-mailbericht van 29 april 2024 van de indicierend wijkverpleegkundige aan de gemachtigde van verzoekster schrijft zij dat zij zich in het nauw gedreven voelde door de ziektekostenverzekeraar. Deze verklaring kan de commissie niet overtuigen. Van de indicierend

wijkverpleegkundige mag als professional worden verwacht dat zij niet instemt met aanpassing van de gestelde indicatie als zij zich hierin niet kan vinden. Hierbij betreft de commissie dat een indicierend wijkverpleegkundige de betekenis van haar oordeel voor de verzekerde behoort te kennen, en uit de aard van haar functie wordt zij geacht regelmatig contact met de zorgverzekeraars te onderhouden. Daarnaast mag van een indicierend wijkverpleegkundige worden verwacht dat zij haar indicatie en bevindingen zo nodig nader onderbouwt. Dat in de aanvraag en het zorgplan de geneeskundige context voor begeleiding bij de transfers met de traplift onvoldoende is onderbouwd, en de zorgvraag voor het douchen en wassen van de haren onvoldoende navolgbaar is wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 30 augustus 2024.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar ook inhoudelijk voor juist moet worden gehouden. Verzoekster heeft geen aanspraak op een PGB vv op basis van meer uren dan aan haar zijn toegekend. Dat een nieuwe aanvraag inmiddels wel door de ziektekostenverzekeraar voor meer uren is toegekend maakt dit oordeel niet anders nu iedere aanvraag voor een PGB vv op zich staat en bij iedere aanvraag de zorgvraag en de geneeskundige context deugdelijk dienen te worden onderbouwd.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 26,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkt de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

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

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

Artikel 13. Gecombineerde leefstijlinterventie

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

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

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

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

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

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

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

Let op

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

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

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

Toestemming

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