

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302800

Partijen

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

en

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alsnog een PGB vv op basis van 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging toe te kennen en de ingangsdatum van het PGB vv te bepalen op 3 juni 2023.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 20 april 2023 tot en met 5 april 2024.
- 1.2. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de gestelde indicatie contact heeft opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige, waarna deze de indicatie heeft verlaagd naar 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging. De nieuw gestelde indicatie is bepalend voor het aantal door de ziektekostenverzekeraar toe te kennen uren. Hij kan niet meer uren toekennen dan - na aanpassing door en met instemming van de indicierend wijkverpleegkundige - zijn geïndiceerd. Indien verzoekster het oneens is met de laatst gestelde indicatie, kan zij zich wenden tot de indicierend wijkverpleegkundige en/of een andere wijkverpleegkundige vragen een nieuwe indicatie te stellen.
Met betrekking tot de ingangsdatum van het PGB vv geldt dat een aanvraag is gedaan met een ingangsdatum van 6 april 2023. Deze aanvraag is op 20 april 2023 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Gelet op artikel 6, eerste lid, van het reglement, is de ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de complete aanvraag is ontvangen. Een nieuw gestelde indicatie vervangt een eerdere indicatie, ook als de einddatum hiervan nog niet was bereikt, en die eerdere indicatie eventueel zag op een groter aantal uren. Daarom is de door de ziektekostenverzekeraar bij de toekenning van het PGB vv bepaalde ingangsdatum van 20 april 2023 juist. De commissie beslist tot afwijzing van het verzoek.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 27 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 9 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 29 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024006341) aan de commissie meegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen. Een kopie hiervan is op 7 maart 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 april 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 16 april 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of de brief van 29 februari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 23 april 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld van mening te blijven dat geen advies kan worden uitgebracht.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Utrecht Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is al enige tijd aangewezen op zorg, die zij bekostigt met een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat haar eerdere PGB vv afliep, heeft zij door een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen. De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Namens verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een PGB vv op basis van dit aantal uren, met een ingangsdatum van 6 april 2023 en een einddatum van 5 april 2024.
- 3.3. Bij brief van 24 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 20 april 2023 tot en met 5 april 2024.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 29 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen.
- 3.6. Bij brief van 23 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat ook naar aanleiding van de aantekeningen van de hoorzitting geen advies kan worden uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alsnog een PGB vv op basis van 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging toe te kennen en de ingangsdatum van het PGB vv te bepalen op 3 juni 2023.
- 4.2. Zij heeft hiertoe bij brief van 30 oktober 2023 aangevoerd dat de zorg die is geïndiceerd onder de aanspraak verpleging en verzorging valt. De zorgmomenten die verzoekster nodig heeft, worden ten onrechte steeds naar beneden bijgesteld, terwijl haar zorgbehoefte juist toeneemt. In 2021 kreeg zij nog een PGB vv op basis van 14 uren en 35 minuten per week. In 2022 werd dit verlaagd naar 11 uren en 5 minuten per week, en met ingang van 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar het aantal uren verlaagd naar 9 uren en 20 minuten per week. Overigens is ook de ingangsdatum van het laatst toegekende PGB vv onjuist vastgesteld. Dit moet niet 20 april 2023, maar 3 juni 2023 zijn.
- 4.3. Met betrekking tot het veelvuldig verschonen van incontinentiemateriaal merkt verzoekster op dat zij zich overdag met het nieuwe materiaal niet minder verschoont, en dat zij 's avonds en 's nachts meer zorgmomenten heeft dan in het zorgplan zijn vermeld. Verzoekster voelt zich prettiger wanneer zij zich elke drie uur verschoont. Zo voorkomt zij nare luchtjes en blijft de huid droog, wat het risico op irritaties verkleint. Uit het dagboek van de zorgverlener blijkt dat verzoekster 's avonds minimaal twee keer wakker wordt. Het incontinentiemateriaal wordt zeven à acht keer per dag vervangen.
Verzoekster gaat achteruit op het vlak van de dagelijkse activiteiten, en lichamelijke en geestelijke gezondheid. Zij wordt steeds vergeetachtiger, waardoor de behoefte aan persoonlijke verzorging enorm is toegenomen.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de zorgbehoefte en de zorgmomenten bij verzoekster zijn toegenomen. Haar gezondheid gaat achteruit. De zorgverlener komt nu niet meer uit met de tijd die is geïndiceerd. Er moet bij het stellen van een indicatie ook rekening worden gehouden met de persoonlijke zorgbehoefte. Die kan per persoon verschillen vanwege persoonlijke, culturele en religieuze voorkeuren.
De wijkverpleegkundige komt één keer per jaar langs voor een gesprek van ongeveer een kwartier. Achteraf leest verzoekster in de stukken dat het beter met haar gaat. Maar dit is niet het geval. Ze kan haar armen niet meer gebruiken en kan niet lopen. Verzoekster stelt voor een onafhankelijke deskundige in te schakelen om de zorgbehoefte van verzoekster te beoordelen. Verzoekster vindt dat de wijkverpleegkundige ten onrechte de uren heeft verminderd. Zij voelt zich prettiger als zij elke drie uur verschoond kan worden. Dat kan heel erg persoonlijk zijn en hiervoor is nader onderzoek nodig dat recht doet aan haar verhaal. Verzoekster merkt op dat het hanteren van de ingangsdatum voor haar onredelijk bezwarend is. De uren aan zorg zijn al verleend en worden nu niet vergoed.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv op basis van meer dan 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 31 augustus 2023 aangevoerd dat de aanspraak op Verpleging en Verzorging is geregeld in artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is verder uitgewerkt in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (hierna: het reglement). Het uitgangspunt voor het PGB vv is de indicatie die door een wijkverpleegkundige wordt gesteld. Dit betekent echter niet dat de geïndiceerde zorg volledig moet worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk de taak te beoordelen of de zorg die is geïndiceerd onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, doelmatig is en of de indicatiestelling voldoet aan het kader 'Normen voor indiceren en organiseren van

verpleging en verzorging in de eigen omgeving' (het normenkader) van V&VN. Als dat niet het geval is, neemt de medische administratie contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en zal deze om een nadere uitleg en/of onderbouwing worden gevraagd. Als na dat contact naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie niet is gesteld volgens het normenkader, kent de ziektekostenverzekeraar voor die zorg geen PGB toe (artikel 5, achtste lid, van het reglement).

- 5.2. De wijkverpleegkundige heeft in het geval van verzoekster een indicatie gesteld op basis van zeven incontinentie zorgmomenten per dag (7x5 minuten). Deze momenten vallen buiten de incontinentiezorg tijdens de ochtend- en de avondzorg. Dit betekent dat verzoekster zo'n 9 keer per dag haar incontinentiemateriaal verschoont. De wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan toegelicht dat het incontinentiemateriaal dat verzoekster gebruikt niet volstaat en dat zij verzoekster heeft geadviseerd om een gespecialiseerde incontinentieverpleegkundige in te schakelen. Wanneer er beter dan wel passender incontinentiemateriaal wordt gebruikt, zou het aantal verschoningen per dag lager kunnen zijn. De adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft hierover contact opgenomen met de wijkverpleegkundige die vervolgens is akkoord gegaan met een aanpassing van het aantal momenten incontinentiezorg naar 4x5 minuten (in plaats van 7x5 minuten) per dag. Hierdoor is de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie gewijzigd van 11 uren en 5 minuten per week naar 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft er begrip voor dat verzoekster zich vaker verschoont om zich prettiger en fris te voelen. Maar dat maakt volgens zijn adviserend verpleegkundige niet dat die verschoningen allemaal noodzakelijk c.q. doelmatig zijn.
- 5.3. In zijn reactie aan de commissie van 9 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend aangevoerd dat de indicatie van de aanvraag die op 20 april 2022 door hem werd ontvangen liep van 4 april 2022 tot en met 3 april 2024. Naar aanleiding van de vragen die de adviserend verpleegkundige met betrekking tot de indicatie had gesteld, heeft de indicierend wijkverpleegkundige destijds de looptijd van de indicatie teruggebracht van twee jaar naar één jaar. In dat licht is het PGB vv voor de duur van één jaar verstrekt. Dit is destijds ook aan verzoekster gecommuniceerd in de toekenningsbrief. Vervolgens is op 20 april 2023 een nieuwe (complete) aanvraag ontvangen. Volgens artikel 6, eerste lid, van het reglement is de ingangsdatum van het PGB vv dan de datum waarop de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag voor het PGB de ziektekostenverzekeraar bereikt. Dat was in dit geval op 20 april 2023. Met de nieuwe indicatie is de vorige indicatie herzien. De oude indicatie is dan niet meer geldig en dat heeft ook gevolgen voor de looptijd van het eerder toegekende PGB vv (artikel 6, vierde lid, van het reglement). Dit heeft tot gevolg gehad dat per 20 april 2023 ook het PGB vv is verlaagd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat verzoekster een medische indicatie heeft voor het gebruik van incontinentiemateriaal. Het is echter aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Uit de administratie komt naar voren dat verzoekster op basis van zorgprofiel 5 incontinentiemateriaal geleverd krijgt. Zorgprofiel 5 staat voor "Zeer zwaar ongewild urine-/ontlastingsverlies". De zorgprofielen zijn samengesteld door de branchevereniging in samenwerking met de zorgverzekeraars. Het zorgprofiel wordt bepaald op basis van een intake en de productkeuze komt tot stand op basis van functioneringsgericht voorschrijven. Het profiel bepaalt hoeveel incontinentiemateriaal er verstrekt wordt. Bij zorgprofiel 5 heeft de verzekerde aanspraak op 2 tot 4 stuks incontinentiemateriaal per dag. In het geval van verzoekster zijn er 6 incontinentie zorgmomenten per dag toegekend; 2 tijdens de ochtend- en avond ADL en daarnaast 4 aparte zorgincontinentiemomenten. In de administratie ziet de ziektekostenverzekeraar ook declaraties van ander incontinentiemateriaal, te weten Tena Comfort Mini Super. Dit materiaal wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering. Mogelijk dat verzoekster met de leverancier een afspraak heeft gemaakt om, naast het incontinentiemateriaal waarop zij op grond van het vastgestelde zorgprofiel aanspraak heeft, ander materiaal geleverd te krijgen. Maar dat maakt niet dat zij daardoor automatisch is aangewezen op extra incontinentiezorg ten laste van de zorgverzekering. Bovendien heeft de indicierend wijkverpleegkundige tijdens de behandeling van

de aanvraag voor het PGB vv, wat betreft het aantal verschoningen (naast de verschoningen tijdens de ADL), de indicatie aangepast van 7 naar 4 keer per dag. Hierover is overeenstemming bereikt tussen de indicierend wijkverpleegkundige en de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar. Daarmee heeft de indicierend wijkverpleegkundige de gestelde indicatie van 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week verlaagd met (7 dagen x 3 x 5 minuten) 1 uur en 45 minuten. Het PGB vv is op grond daarvan rechtmatig, overeenkomstig de verlaagde indicatie, vastgesteld op 9 uur 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de indicatie voor het grootste gedeelte is overgenomen. De vermindering van het aantal uren is tot stand gekomen na overleg met de indicierend wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige is hierin leidend. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om iemand te informeren dat de indicatie lager is en dit gevolgen kan hebben voor het lopende PGB. In het algemeen wordt gezien dat kort voor het einde van de looptijd een nieuwe indicatie wordt gesteld, en dat deze dan aansluit op de nieuwe toekenning. Verzoekster heeft incontinentieprofiel 5. Hier hangt een bepaalde klasse aan materiaal aan vast. Binnen dit profiel zou met dit materiaal met 3 of 4 keer verschonen kunnen worden volstaan. Tijdens de indicatiestelling bleek dat verzoekster niet het materiaal gebruikt dat bij haar profiel past, omdat zij het materiaal niet prettig vindt. Zij heeft ervoor gekozen lichter materiaal aan te schaffen. Dan neemt automatisch de frequentie van verschonen toe. Omdat verzoekster niet het juiste materiaal gebruikte kan een incontinentiemateriaaldeskundige mee kijken om te beoordelen of er ander materiaal beschikbaar is binnen het profiel van verzoekster waar zij zich wel prettig bij voelt. Eventueel kan dan ophoging van het profiel plaatsvinden. Dit gaat via de wijkverpleegkundige of huisarts. Het verschilt per situatie hoe hier mee wordt omgegaan.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In de brief van 29 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Het geschil gaat over een PGB vv. Het Zorginstituut kan voor geschillen over een PGB vv alleen beoordelen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Daarnaast behoort het tot de taak van het Zorginstituut om te beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat dit geschil hier geen betrekking op heeft. Verweerder heeft verklaard dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. Het geschil betreft het aantal incontinentie zorgmomenten (verschoningen) per dag. Nu verweerder een deel van de geïndiceerde incontinentie zorgmomenten heeft toegekend, erkent verweerder dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel incontinentie zorgmomenten verzoekster aanspraak kan maken. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviestaak en brengt in dit geschil geen advies uit."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 5.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging 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.

- 8.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het reglement. Een verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 8.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
- a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 8.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.5. In de situatie van verzoekster heeft de indicierend wijkverpleegkundige in eerste instantie een indicatie gesteld op basis van 11 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft, blijkens de overgelegde mailwisseling van 9, 16 en 17 mei 2023, naar aanleiding van de gestelde indicatie contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige, waarna deze akkoord is gegaan met verlaging van de tijd voor incontinentiezorg van 7 x 5 min per dag naar 4 x 5 minuten per dag en derhalve verlaging van de indicatie naar totaal 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De nieuw gestelde indicatie is leidend voor het aantal door de ziektekostenverzekeraar toe te kennen uren. Hij kan niet meer uren toekennen dan - na aanpassing - zijn geïndiceerd. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over haar toegenomen zorgbehoefte en de wenselijkheid van meer incontinentie zorgmomenten per dag, maakt het voorgaande niet anders. Indien verzoekster het oneens is met de laatst gestelde indicatie, kan zij zich wenden tot de indicierend wijkverpleegkundige en/of een andere wijkverpleegkundige vragen een nieuwe indicatie te stellen. Deze wijkverpleegkundige handelt onafhankelijk van de ziektekostenverzekeraar, en kan daarom worden gezien als de ter zitting verzochte onafhankelijke deskundige. Verder is door de ziektekostenverzekeraar gewezen op de mogelijkheid van een incontinentiemateriaaldeskundige. De commissie heeft de overtuiging dat de behoefte aan meer verschoningsmomenten ligt in het feit dat verzoekster niet het materiaal gebruikt dat past bij haar profiel.
- 8.6. Met betrekking tot de ingangsdatum van het PGB vv geldt dat een aanvraag is gedaan met een ingangsdatum van 6 april 2023. Deze aanvraag is op 20 april 2023 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Gelet op artikel 6, eerste lid, van het reglement, is de ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de complete aanvraag is ontvangen. Een nieuw gestelde indicatie vervangt een eerdere indicatie, ook als de einddatum hiervan nog niet was bereikt, en die eerdere indicatie eventueel zag op een groter aantal uren. Daarom is de door de ziektekostenverzekeraar bij de toekenning van het PGB vv bepaalde ingangsdatum van 20 april 2023 juist.

- 8.7. Voor zover verzoekster stelt dat de verlaging met terugwerkende kracht onredelijk bezwarend is omdat de zorg al is verleend, geldt dat er op het moment van het stellen van de indicatie reeds minder zorgbehoefte bestond. Om die reden wordt deze stelling van verzoekster gepasseerd.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 april 2024,

H.A.J. Kroon

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.



Reglement 2023
Persoonsgebonden
Budget
Verpleging en verzorging

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2023

| | |
|--|----|
| Begripsbepalingen..... | 3 |
| Artikel 1 Inleiding..... | 5 |
| Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb..... | 5 |
| Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb | 5 |
| Artikel 4 Weigeringsgronden..... | 6 |
| Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb..... | 7 |
| Artikel 6 Toekenningsverklaring | 8 |
| Artikel 7 Declareren van zorg..... | 9 |
| Artikel 8 Verplichtingen..... | 11 |
| Artikel 9 Herziening of intrekking | 13 |
| Artikel 10 Beëindigen van het Zvw-pgb..... | 13 |
| Artikel 11 Terugvordering | 14 |

Begripsbepalingen

Algemeen GegevensBeheer-code (AGB-code)

Unieke code per zorgverlener of zorgaanbieder, die opgenomen is in het AGB-register.

Bewuste keuze-gesprek

Dit is een telefonisch of persoonlijk gesprek tussen u en ons. Indien u een vertegenwoordiger heeft dan voeren wij dit gesprek (ook) met uw vertegenwoordiger. Tijdens dit gesprek kunt u uw aanvraag toelichten. Onze medewerker informeert u over wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent en beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden van een Zvw-pgb en of u pgb-vaardig bent. De medewerker stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

Second opinion indicatie

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden. U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere BIG-geregistreerd hbo-wijkverpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de second opinion, maar alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven. U heeft de optie om ons te vragen om een andere verpleegkundige aan te wijzen.

Herbeoordeling indicatie

Zorg en Zekerheid kan uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen. Wij vragen u dan een afspraak te maken met een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige werkzaam bij een thuiszorgorganisatie die wij u aanwijzen, om de gestelde indicatie opnieuw te laten beoordelen.

Partner

Uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner, of andere levensgezel waarmee u een duurzame huishouding voert.

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv). Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

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

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35-39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) of die uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een andere levensgezel is en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- a. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- b. die niet beschikt over een geldig woonadres;
- c. wiens vrijheid is ontnomen;
- d. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- e. 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;
- f. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw Zvw-pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger.

Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de rechtbank benoemd.

Woonadres

Het adres op grond waarvan u bij de Basisregistratie Personen (BRP) bent ingeschreven.

Zorg in natura

Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij hebben deze zorgaanbieder gecontracteerd.

Zorgaanbieder

Met een zorgaanbieder bedoelen wij de partij waarmee u een overeenkomst heeft gesloten om zorg te verlenen. De zorgaanbieder kan ook de (in)formele zorgverlener zijn.

Zorgverlener

Met een zorgverlener bedoelen wij de persoon die de zorg daadwerkelijk bij u uitvoert.

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (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 wijze van declareren en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Waar is dit reglement op gebaseerd?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing als u een zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid heeft. U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als wijzigingen in artikel 13a Zvw en de daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2023 of latere datum in werking treden, dan kunnen wij in dit reglement wijzigingen aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Ook kan dit reglement tussentijds aangepast worden, als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen, of andere zaken, nader te bepalen. Wij informeren u hier dan over.

1.2 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het reglement zijn mede ontleend aan de meest recente 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.

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u 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.

Onder zorg benoemd in artikel 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).

2. Daarnaast dient u:
 - a. Langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
 - b. Op palliatief terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de onderstaande voorwaarden. Mocht u naar het oordeel van de verzekeraar niet in staat zijn om aan alle onderstaande voorwaarden te voldoen, dan zal de zorgverzekeraar u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb:

1. U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn.
2. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Wat dit betreft geldt, in ieder geval;
 - a. Dat u minimaal 2 zorgverleners moet hebben indien u zeven dagen per week zorg ontvangt en/of indien u meer dan 3 zorgmomenten per dag nodig heeft; en
 - b. Dat de afstand tussen zorgverlener en u redelijk moet zijn. In het geval van ongeplande zorg, is uitsluitend een reistijd van maximaal 20 minuten per reis redelijk.

3. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. U of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is in de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig;
 - b. U bent in staat om de benodigde informatie voor de verschillende procedures volledig en zorgvuldig aan te kunnen leveren;
 - c. U voldoet aan de 10 pgb-vaardigheden zoals beschreven in stap 1 op onze website zorgzekerheid.nl/zorg-regelen/pgb/aanvragen.htm;
 - d. U heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Zvw, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - e. U was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - f. Er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - g. U heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - h. U valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - i. U heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
5. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

1. U voldoet niet aan artikel 2, 3 of 8.
2. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen.
3. U beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres.
4. Uw vrijheid is u rechtens ontnomen.
5. U verleent geen medewerking (meer) aan een “bewustekeuze-gesprek” en/of huisbezoek dat eventueel door de verzekeraar wordt georganiseerd.
6. Uit uw aanvraagformulier of het bewustekeuze-gesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten.
7. 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 of zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
 - g. de hulp tegen betaling verleent.
8. U beschikt over meer dan één indicatie 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.
9. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige vergoeding van zorg uit te sluiten.

Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een bewuste keuze-gesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website **www.zorgenzekerheid.nl/brochures**. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Een onvolledig ingevuld aanvraagformulieren-set wordt niet in behandeling genomen. Dit geldt ook wanneer de benodigde bijlagen bij de aanvraag ontbreken.

2. 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-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). Deze indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid (het kind) en de aanwezigheid van uw wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) te zijn opgesteld.
3. 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.
4. Indien er sprake is van voorbehouden of risicovolle handelingen moet u kunnen aantonen dat deze in opdracht van een arts of verpleegkundig specialist worden uitgevoerd.
 - a. Bij risicovolle handelingen moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan
 - b. Als het om voorbehouden handelingen door formele zorgverlener gaat moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (Actiz, 2019).
 - c. Als het om een voorbehouden handeling door informele zorgverlener gaat moet u, als we daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.
5. Indien u op palliatief terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden, dient u zo spoedig mogelijk een nieuwe verklaring van uw behandelend arts in te sturen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder dan drie maanden is;
6. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:
 - a. uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of
 - b. zelf zorg aan u gaat leveren, en/of
 - c. in dienst is bij, of een samenwerkingsverband heeft met een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een zorgverlener die wij voor zorg in natura gecontracteerd hebben .
7. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat verzekerde en diens netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere het netwerk van verzekerde in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet van het netwerk verwacht kan worden. Van de zorg die van het netwerk verwacht kan worden, mag het deel dat door het netwerk wordt verleend, niet in de indicatie voor wijkverpleging meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan . Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de zorgvrager, hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. De wijkverpleegkundige heeft hierbij als uitgangspunt dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert en neemt daarbij de voorliggende

voorzieningen mee. Is dit niet mogelijk of onvoldoende? Dan kijkt zij volgens de 'Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN naar:

- behandeling door andere zorgprofessionals (revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, medisch specialist, etc.);
 - inzet van zorgtechnologie, hulpmiddelen of woningaanpassingen waardoor de interventie zelf uitgevoerd kan worden of niet meer nodig is;
 - mogelijkheden vanuit andere domeinen (Wmo, Wlz, e.d.);
 - diens netwerk en inzet van vrijwilligers, voordat een zorgprofessional (vanuit wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional vanuit een andere discipline) wordt ingezet.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader 'normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader)' van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg 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 in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie. Op basis van de herbeoordeling van de wijkverpleegkundige zullen wij de ingediende aanvraag afhandelen. Indien u ervoor kiest geen herbeoordeling te laten uitvoeren, kunnen wij uw aanvraag niet verder in behandeling nemen.
9. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor eerstelijnsverblijf (ELV), kunt u weer gebruikmaken 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. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan zestig dagen in een Wlz-instelling bent opgenomen of in een ziekenhuis verblijft of langer dan zestig dagen gebruikmaakt van kortdurend verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van uw polisvoorwaarden;
11. In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van de Zvw-pgb wenst te contracteren. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de verpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen. Wij vragen u de volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulieren, inclusief benodigde bijlagen, minimaal 6 weken voor het einde van uw huidige toekenningsverklaring in te dienen.
3. Als er is sprake van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.
4. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.

5. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
6. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
7. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.
8. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
9. Indien u een aanvraag voor Zvw-pgb indient voor zorg waarvoor u al zorg in natura ontvangt, of u al recht heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde zorg, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratieformulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website op www.zorgenzekerheid.nl/brochures (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.
3. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden.
4. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
5. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
6. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
7. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - a. Persoonlijke verzorging: € 40,08 per uur (€3,34 per 5 minuten);
 - b. Verpleging: € 56,76 per uur (€4,73 per 5 minuten).
2. Voor het formele tarief komen in aanmerking:

Zorgverleners die beschikken over:

 - a. een AGB-code uit een van de categorieën:
 - 41 zzp'ers in de wijkverpleging/Zvw-pgb-aanbieders/beheerstichtingen
 - 42 verzorgingshuizen
 - 75 thuiszorginstellingen
 - 91 verpleegkundigen
 - 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars; en
 - b. die zelfstandig of namens de onder a. bedoelde instelling werkzaam is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma mbo verpleegkunde of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op

basis van het formele tarief. Indien de daadwerkelijke zorg door een andere zorgverlener dan de zorgaanbieder wordt geleverd, moeten de AGB-codes en diploma's toegevoegd worden bij het aanvraagformulier.

Een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad of uw echtgeno(o)t(e), geregistreeerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

U kunt maximaal de in artikel 7.2 lid1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

Zorgverleners die bekend staan als EVR-gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude bestaat, kunnen op basis van onderzoek worden uitgesloten van een vergoeding voor u vanuit het Zvw-pgb.

3. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal €23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
4. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
 - a. ouders, verzorgers, partner (zoals: echtgenoot, geregistreeerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor u) en/of;
 - b. zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
 - c. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - d. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI-codes 86, 87 of 88 staan geregistreeerd als een zorgverlenende organisatie in het Handelsregister. deze komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in-tarieven". Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en of die in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget of maximaal aantal toegekende uren uit uw Zvw-pgb is bereikt, of naar rato als het Zvw-pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd;
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit reglement zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg. Wij vergoeden alleen nota's die voldoen aan de polisvoorwaarden en dit reglement.
6. Indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.
7.
 - a. De kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf, indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg, kunt u niet vanuit het Zvw-pgb declareren;
 - b. Wanneer u tijdelijk in het ziekenhuis, een GGZ-instelling of een instelling voor eerstelijnsverblijf (ELV), revalidatie of geriatrische revalidatie (GRZ) verblijft, dan kunt u in deze periode geen zorg inkoop en declareren met uw Zvw-pgb;
 - c. De kosten van de indicatiestelling vallen buiten het Zvw-pgb
 - d. Wij betalen de nota's alleen uit aan het bij ons bekende rekeningnummer van u (verzekeringnemer). Wij betalen dus niet rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder e.a. uitzondering hierop is de situatie waarin u de salarisadministratie van uw Zvw-pgb heeft uitbesteed aan de Sociale Verzekeringbank (SVB).

Artikel 8 Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - a. NAW-gegevens verzekerde;
 - b. NAW-gegevens zorgverlener;
 - c. relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - d. looptijd van de overeenkomst;
 - e. welke zorg zal worden geleverd;
 - f. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - g. welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - h. AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - i. ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/brochures en op www.svb.nl.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 40 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 18 jaar.
3. U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een Zvw-pgb-aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.
5. Bij een indicatiestelling die via een Zvw-pgb verzilverd wordt, is het verpleegkundig proces leidend.
6. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Uw zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
7.
 - a. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
 - b. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling, wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.
 - c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals.
 - d. De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij u te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein. De geldende indicatie komt hiermee te vervallen.
 - e. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en Zvw-pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb-aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.7 van het Reglement Zvw-pgb 2023. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
 - f. Als u van zorgverlener verandert moet u dat doorgeven via ons wijzigingsformulier, dat u kunt vinden op www.zorgenzekerheid.nl/brochures.
8. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.

9. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal) dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
 - b. de volledige Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. facturen en urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties;
 - f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten;
 - g. De toekenningsverklaring van het Zvw-pgb door Zorg en Zekerheid
10. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
11. Op het moment dat het nodig is voor een juiste beoordeling mogen wij volgens de privacyregelgeving (AVG/Regeling Zorgverzekering) contact opnemen met de verpleegkundige, die samen met u de aanvraag heeft ingevuld, om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb-aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur. Indien wij voor een juiste beoordeling nadere (medische) informatie nodig hebben van uw huisarts of medisch specialist, kan onze medische adviseur of verpleegkundig adviseur contact opnemen met uw huisarts of specialist, als u daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven.
12. U bent verplicht om mee te werken aan een bewustekeuze-gesprek of een huisbezoek (aangekondigd/onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoelinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn.
13. Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig conform het door ons opgestelde privacy statement, welke u kan vinden op onze website.
14. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over (meldt u zich hiervoor bij uw nieuwe zorgverzekeraar), voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is en een kopie op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar.
15. Als u alleen zorg inkoop bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week is hoger dan 24 uur (met name bij complexe zorgvragen) dan kan de zorgverzekeraar, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het bewustekeuze-gesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat de zorgverzekeraar bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stelt dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen de zorgverzekeraar, de verpleegkundige en de budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Artikel 9 Herziening of intrekking

Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. U niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. U voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. U niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. U recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. U langer dan twee maanden verblijft in een instelling i.v.m. zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- f. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- g. U de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- h. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- i. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- j. U het reglement niet naleeft;
- k. U gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, die u kunt vinden op **www.zorgenzekerheid.nl/brochures**;
- l. U Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven;
- m. U formeel declareert wanneer het informele zorg betreft.

Artikel 10 Beëindigen van het Zvw-pgb

10.1 Uw recht op Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:

- a. U niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep.
- b. De zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning.
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard.
- d. U blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres.
- e. Rechtens uw vrijheid is ontnomen.
- f. U met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg.
- g. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt.
- h. De geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken.
- i. Uw zorgverzekering eindigt.

10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:

- a. Met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft.
- b. Met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.
- c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.
- d. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede

kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is.

- e. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen.
- f. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.
- g. Met ingang van de dag waarop alsnog een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 van het Reglement Zvw-pgb aan de orde is.

Artikel 11 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit Zvw-pgb niet houdt aan de regels uit dit Reglement, dan kan de zorgverzekeraar het aan u uitbetaalde Zvw-pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.



Postbus 400
2300 AK Leiden



zorgenzekerheid.nl
071 - 582 58 25



K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (extramurale) zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

- Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).
 - u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
 - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.
- Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.
 - voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
 - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Wijkverpleging betreft zorg in de eigen omgeving, dus thuis, maar bijvoorbeeld ook op werk of dagbesteding. De zorg gaat niet gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekeringen betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;

- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende niveau 3.
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- wanneer er alleen verzorging nodig is en er is geen sprake van een geneeskundige context waar binnen deze verzorging gegeven wordt, valt dit onder de Wmo. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wanneer u niet voldoende zelfredzaam bent. Bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap.

Heb ik een verwijzing nodig?

Om in aanmerking te komen voor verpleging en verzorging heeft u geen verwijzing nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2023, maar geen contract had in 2022. Op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Het aanvraagformulier voor toestemming kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de indicatie wordt gesteld door de huisarts of medisch specialist, SEH-arts of specialist ouderengeneeskunde en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4;

- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTza);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leeft voor volwassenen is geschoeid;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd als leefstijlcoach. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet de aanduiding eerste aanwijzing van effectiviteit in het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM hebben en moet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt beschikt aantoonbaar over een geldige licentie van de licentiehouders van het GLI-programma dat wordt aangeboden of is zelf de licentiehouders;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;
- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de huisarts, met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- gecombineerde leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM en/of niet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland.