

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10, 2.15a t/m 2.15c Bzv,
2.29a t/m 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202002419
Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 26 maart 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 22 april 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 september 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 15 oktober 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021035157) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 oktober 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 1 december 2021 heeft verzoekster een aanvullende reactie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 1 december 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 21 december 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Goed en VGZ Tand Beter. De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is op 20 november 2019 een aanvraag voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) ingediend bij de ziektekostenverzekeraar op basis van 16 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.3. De indicerende wijkverpleegkundige heeft in de OMAHA-aanleiding en het zorgplan, die beiden deel uitmaken van de voornoemde aanvraag, over verzoekster verklaard:

"OMAHA-aanleiding

(...)

Volgens mw. is haar gezondheid slecht. Zij voelt zich beperkt door ziektes en leeftijd.

Mw. heeft overal pijn vanaf knieën tot de voeten, gebruikt pijnstillers, helpt redelijk/tijdelijk effect.

Mw. heeft ernstig rug klachten, leeft al 7 jaar met pijn in de rug. Wordt niet verder behandeld, alleen medicamenteus. Mw. is doodsbang van een rug operatie. Mw. heeft last van opgezette beenspieren, gebruikt knieband, zelf gekocht bij de apotheek. Mw. loopt wankel, onzeker, bang om te vallen. Komt amper naar buiten, flat zonder lift. Mw. heeft ernstige ingezakte voeten, slijtage van de botten, krijgt binnenkort aangepaste zolen. Mw. heeft in verleden aangepaste schoenen gehad. Mw. heeft last van haar nekspieren, kan haar hoofd niet draaien op dat moment, pijn aanvallen. Mw. kan niet lezen en schrijven en heeft hulp nodig met medicatie toedienen. Mw heeft medicatie 3 x per dag.

Slapen: slecht, heeft meer pijn klachten 's nachts, door knieën, voeten, schouders en rug.

Eten: redelijk, probeert zo veel mogelijk gezond te eten.

Drinken: goed.

Plassen: moet vaak naar de wc, heeft af en toe last van haar nieren.

Mw heeft in verleden ernstige darminfectie met rectaal bloeding gehad, behandeling met medicatie gelukt. Mw. wordt geholpen met ADL en medicatie toedienen.

Evaluatie:

De cliënte neemt contact op met een wijkverpleegkundige om te evalueren in een perioden van 6 maanden tot een jaar.

Zelfredzaamheid:

Mw kan naar eigen zeggen bijna niks meer doen. Wordt vaak geholpen en ondersteund door familie. Mw. heeft in verleden fysiotherapie gehad, helpt niet volgens mevrouw. Flat is niet aangepast, ook de badkamer niet. Mw. wordt in de toekomst geopereerd aan haar knie rechts.

(...)

Wat is uw verhaal m.b.t. gebied Fysiologisch?

(...)

Diabetes mellitus/tab, gonarthrose, osteoporose, voetklachten, slijtage knieën rechts, Aseptech necrose os. nav bdz./inzakking, rectaal bloedverlies, pijn flank links, blwi, zwelling kuit rechts, schouder/rug klachten, shigella darm infectie, slechthorendheid.

(...)

Mw wordt dagelijks geholpen met wassen/douchen, aan- uitkleden, en persoonlijke verzorging 45 minuten. Toilet bezoek en verschonen, transfers 40 minuten. 's Avonds naar bed begeleiden, omkleden en persoonlijke verzorging 30 minuten. Medicatie toedienen 3 x dag, 30 minuten. (...)

Zorgplan

(...)

Medicatie

(...)

Signalen / symptomen:

- niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp

(...)

Toelichting:

Doel: Mw. geeft aan zich ondersteunt te voelen bij het innemen van de medicatie en mw. vergeet het komende half jaar haar medicatie niet in te nemen.

Acties: Mw. krijgt haar medicatie toegediend volgens voorschrift arts

Uitvoerder: Mantelzorger, duur: 03:30

(...)

Persoonlijke zorg

(...)

Signalen / symptomen:

- moeite met poetsen / flossen / mondhygiëne
- moeite met aankleden, onderlichaam
- moeite met aankleden, bovenlichaam
- moeite met wassen / kammen van het haar
- moeite met douchen / baden
- moeite met toilet aangelegenheden
- onprettige lichaamsgeur
- wil niet / kan niet / vergeet persoonlijke zorg-activiteiten af te ronden

(...)

Toelichting:

Doel: Mw. geeft aan zich ondersteunt te voelen bij de algehele lichamelijke verzorging zolang mw. thuis woont en vervuilt zich niet.

(...)

Acties: Mw. geeft aan zich ondersteund te voelen bij toiletbezoek en evt. verschonen. Mw. ondersteunen bij haar transfers. Mw. ondersteunen bij het douchen en het aan- en uitkleden. Mw. krijgt dagelijks hulp met wassen en aankleden 's morgens en 's avonds. Mw. ondersteunen met omkleden en naar bed helpen.

Uitvoerder: Mantelzorger, duur: 13:20. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 maart 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 2 november 2020 heeft de huisarts over verzoekster verklaard:

"(...) Ter informatie: bovenstaande pte. is bekend met diverse chronische aandoeningen en gevorderde leeftijd, waardoor zij niet meer in staat is zonder hulp in haar algemene verzorging te voorzien. Er is sprake van chronische pijn in de voeten en overige gewrichtspijn waardoor pte. verminderd mobiel en beweeglijk is. Voor zorg is zij afhankelijk van haar eveneens op leeftijd zijnde partner die ook niet volledig ADL zelfstandig is. (...)"
- 3.7. Op 15 oktober 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies het volgende verklaard:

"De zorgvraag is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Op basis van het zorgplan is niet duidelijk waarom verzoekster bepaalde handelingen niet meer kan door haar aandoeningen. Verder is niet duidelijk of verzoekster mogelijk meer zelfredzaam zou kunnen zijn als ze gebruik zou maken van fysiotherapie en ergotherapie. Het gespreksverslag verandert dit niet. Dit wil niet zeggen dat verzoekster geen aanspraak zou kunnen maken op de zorg, echter is het zorgplan van dusdanig slechte kwaliteit dat dit hier niet uit valt op te maken.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. De zorg in het zorgplan is onvoldoende onderbouwd. Daarnaast is niet duidelijk of verzoekster mogelijk meer zelfredzaam zou kunnen zijn als ze gebruik zou maken van fysiotherapie en ergotherapie.

(...)

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar een PGB vv toe te kennen voor de periode van 13 november 2019 tot en met 13 november 2020 op basis van 16 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar de kosten te voldoen die zij voor de inzet van rechtsbijstand heeft moeten maken.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij meerdere somatische aandoeningen heeft die haar zelfzorgtekort verklaren en waaruit de noodzaak van persoonlijke verzorging blijkt. De betreffende zorg is overigens reeds jaren vergoed, zowel door haar vorige zorgverzekeraar als door de ziektekostenverzekeraar. Deze zorg werd destijds echter door een thuiszorgorganisatie geleverd. Verzoekster begrijpt om die reden niet waarom de zorg nu niet meer voor vergoeding in aanmerking komt.

Voorts wijst verzoekster erop dat de indicatie is gesteld door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en dat zij er in redelijkheid van mag uitgaan dat dit correct is gebeurd. Dit laatste wordt onderschreven door de Ombudsman Zorgverzekeringen die in de brief van 24 februari 2021 heeft verklaard: *"Het ontbreken van een onderbouwing, betekent niet dat geen sprake kan zijn van een geneeskundige context. De indicatie is gesteld door een gecontracteerde zorgaanbieder. [Verzoekster] mag dan ook verwachten dat de zorgaanbieder indiceert volgens het normenkader en zijn indicatie onderbouwt. Als geen sprake is van zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt is het aan de indicierend verpleegkundige verzekerde hierover te informeren. Wij vinden dat een verzekerde niet de dupe mag zijn van een niet goed opgesteld zorgplan door een gecontracteerde zorgaanbieder."*

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat uit artikel 5.7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar volgt dat hij contact dient op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige in geval hij bepaalde zorg niet doelmatig vindt. Het is verzoekster niet gebleken dat het genoemde contact heeft plaatsgevonden, zodat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig tot stand is gekomen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de aanvraag voor het PGB vv van verzoekster is afgewezen, omdat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Volgens de ziektekostenverzekeraar verklaren de aandoeningen die verzoekster heeft niet waarom zij niet in staat is zelf te voorzien in de geïndiceerde zorg. Evenmin is

beschreven waarom deze aandoeningen leiden tot een zelfzorgtekort met een geneeskundig risico. Ook blijkt dat voorliggende voorzieningen op persoonlijke verzorging, zoals hulpmiddelen, fysiotherapie en/of ergotherapie onvoldoende zijn ingezet.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de kwaliteit van een indicatie de verantwoordelijkheid is van de indicatiesteller zelf en de organisatie waarvoor de indicierend wijkverpleegkundige indiceert. Indien een indicatie van een gecontracteerde zorgaanbieder niet voldoet aan de normen die de verpleegkundige beroepsgroep hieraan stelt, wordt door de ziektekostenverzekeraar hierover een terugkoppeling gegeven. Op die manier probeert de ziektekostenverzekeraar een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg en deze te borgen. Dit neemt niet weg dat op basis van een indicatie, die onvoldoende is onderbouwd, door hem geen PGB vv wordt toegekend.

Overwegingen commissie

- 6.4. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van haar aanvraag tot toekenning van een PGB vv.
- 6.5. In gevallen als deze gaat het onder meer om beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot de verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 6.6. Het beslissingskader dat de commissie in PGB-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
- (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicierend kind- of wijkverpleegkundige. Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen zorgplan moet blijken dat
- (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
- (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
- (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- (b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag, waarna een nader mondeling overleg plaatsvindt tussen beiden. De verpleegkundige krijgt vervolgens de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.
- (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige
- (i) tot overeenstemming tussen verzekeraar en verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
- (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.

- 6.7. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor in 6.6. onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet-tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek van verzoekster om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.8. De commissie overweegt dat niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de aanvraag op 20 november 2019, contact heeft gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige niet (tijdig) door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte is gesteld van het feit dat hij de indicatie onvoldoende duidelijk vond en voornemens was de aanvraag op basis hiervan af te wijzen. Evenmin is de wijkverpleegkundige in de gelegenheid gesteld een nadere toelichting op de indicatie te geven. Dit betekent dat het besluit van de ziektekostenverzekeraar van 2 maart 2020 onzorgvuldig tot stand is gekomen. Overigens merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar op 4 januari 2021 alsnog telefonisch contact heeft gehad met de indicierend wijkverpleegkundige om de indicatie te bespreken. De commissie overweegt dat dit contact niet tijdig heeft plaatsgevonden en dat in redelijkheid niet van de wijkverpleegkundige kan worden verlangd dat deze een nadere toelichting kan geven op een indicatie die ruim een jaar geleden is gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee dan ook niet alsnog de vereiste zorgvuldigheid betracht die van hem mag worden verwacht.
- 6.9. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar in beginsel gehouden aan verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen overeenkomstig de gestelde indicatie, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. In dat verband overweegt de commissie dat niet is gebleken van bijzondere omstandigheden die ertoe hebben geleid dat de ziektekostenverzekeraar geen of niet tijdig contact kon opnemen met de indicierend wijkverpleegkundige. Evenmin is gebleken dat een toewijzing van het verzoek leidt tot een uitkomst die onaanvaardbaar is. Dit kan dan ook niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.10. De commissie kan beslissen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding moet betalen. In dat geval moet zijn gebleken dat hij in strijd heeft gehandeld met de verplichtingen die op hem rusten op grond van de verzekeringsovereenkomst, dan wel dat hij onrechtmatig heeft gehandeld jegens verzoekster. Voorts moet een causaal verband bestaan tussen enerzijds het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar en de schade die verzoekster heeft geleden en/of moet het redelijk zijn dat verzoekster bepaalde kosten heeft gemaakt. In het onderhavige geval is de vraag of de kosten die verzoekster voor de inzet van rechtsbijstand heeft gemaakt door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed. In dit verband overweegt de commissie dat het niet noodzakelijk is dat verzoekster rechtsbijstand inschakelt voor het voeren van de onderhavige procedure en dat de kosten hiervan in beginsel dan ook voor eigen rekening blijven. Van bijzondere omstandigheden die reden geven om van dit beginsel af te wijken is niet gebleken, zodat de commissie dit onderdeel van het verzoek afwijst. Aangezien verzoekster overigens wél in het gelijk wordt gesteld, is de ziektekostenverzekeraar gehouden aan haar het entreegeld van € 37,- te voldoen.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen van 13 november 2019 tot en met 13 november 2020 op basis van 16 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster het entreegeld van € 37,- te voldoen;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 29 december 2021

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. U kunt recht hebben op vergoeding van de kosten van professionele zorgopvolging als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

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

U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinderverpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

De huisarts of medisch specialist beoordeelt of er sprake is van palliatief terminale zorg. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
Als u een kindwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.
- Twintig-weeken echo (SEO)
Met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek:

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico heeft op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van prenatale diagnostiek.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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