



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en persoonlijke verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, geneeskundige context
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000594
Zittingsdatum : 6 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 3 augustus 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 november 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Op 26 november 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2020048633) uitgebracht. Een kopie is op 27 november 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 januari 2020 gehoord.

2.5. Kopieën van de nagekomen stukken en het verslag van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 25 januari 2021 heeft het Zorginstituut een definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 januari 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 2 februari 2021 per brief gereageerd. Een afschrift is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Den Haagpakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Op 18 september 2019 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en persoonlijke verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 15 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week.

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

"(...) Bij wijzigingen in uw zorgbehoefte worden de afgesproken interventies en resultaten geëvalueerd en het zorgplan in afstemming met u of uw vertegenwoordiger aangepast/ bijgesteld. Hiervoor wordt minimaal 1 uur in de uiteindelijke indicatie gereserveerd voor het product Verpleging Speciaal (VPS).

- Bij wijziging in uw situatie evalueren we of de benodigde zorg voldoende is/blijft. PGB aanvragen ingevuld.

U gebruikt medicatie volgens voorschrift.

- Zet medicatie voor de gehele week uit en reikt per dag aan of zet dit neer.

U bent beter in staat zelf te eten.

- De maaltijd u eet zelf u maakt ze meestal samen met verzorgster klaar.

U krijgt geen complicaties ten gevolge van immobiliteit.

- De verzorgster doet dagelijks oefeningen met u

U neemt tot een verwacht haalbaar niveau deel aan eten/drinken, kleden, wassen en (huishoudelijke) activiteiten. Verzorgster belt dagelijks naar mevr. om af te spreken de gewenste tijdstip van zowel de ochtend zorg als de avond zorg. Dit hangt sterk af hoe mevr. de nacht is doorgelopen en psychische gesteldheid. Ongeplande zorg i.v.m. incontinentie van urine en chronische diarree.

- Mevr. wordt in de ochtend geholpen met douchen/ wassen, insmeren en aankleden, aandoen van de steunkousen. In de avond hulp bij het uitdoen van de steunkousen, benen insmeren. Hulp bij wassen en omkleden voor de nacht. Ongeplande zorg, hulp bij verschoning na doormaken van chronische diarree/urine incontinentie. Verzorgster regelt het vervoer en begeleiding naar artsen afspraken, doet de boodschappen en verzorgt de maaltijden. Mevr. krijgt 1 maal in de week via het Wmo huishoudelijk verzorging 3 uren en 30 minuten per week. (...)

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 november 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een PGB vv is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 17 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 26 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Het dossier bevat de PGB vv aanvraag met het daarbij behorende zorgplan. Daarnaast is er een brief van de huisarts in het dossier aanwezig en een brief van verzoekster, waarin zij uitgebreid haar aandoeningen en zorgvraag beschrijft.

De geïndiceerde zorg is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De beperkingen en mogelijkheden van verzoekster zijn onvoldoende inzichtelijk gemaakt door de wijkverpleegkundige. De onderbouwing van de zorg schiet te kort, de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg ontbreekt of dient duidelijker geformuleerd te worden.

Bij de PGB vv aanvraag is een document geschreven door verzoekster genaamd 'Zorgplan' d.d. 17 september 2019 toegevoegd. De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. Het is daarbij aan de wijkverpleegkundige om zo helder mogelijk te onderbouwen hoe zij tot deze indicatiestelling komt. Een verzekerde kan niet zelf de geïndiceerde zorg onderbouwen. Overigens is het zorgplan dat geparagrafeerd is door de wijkverpleegkundige een concept.

Conclusie

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg is onvoldoende onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. (...)"

- 3.7. Op 25 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De aanvullende stukken bevatten een nieuw zorgplan en anamnese waarin de geïndiceerde zorg is beschreven. Op basis hiervan is nog steeds onduidelijk wat verzoekster wel en niet zelfstandig kan. In het zorgplan staat dat de zorg soms bestaat uit alleen toezicht houden en op andere dagen compleet overgenomen moet worden. Uit het zorgplan wordt verder niet duidelijk wat de geïndiceerde zorg inhoudt. Er is bijvoorbeeld dagelijks anderhalf uur geïndiceerd voor 'lichamelijk welbevinden' en tijd voor 'gezondheidsbevordering'. Een goede onderbouwing van de zorg in het zorgplan aan de hand van verpleegkundige diagnoses en verpleegdoelen ontbreekt. In de beschreven zorgactiviteiten staat bijvoorbeeld het insmeren van de huid terwijl deze zorg niet benoemd wordt in het zorgplan. Het is dus ook niet duidelijk waarom verzoekster ingesmeerd moet worden en waarom verzoekster niet in staat is zichzelf in te smeren. Wat betreft het druppelen van de ogen is onduidelijk waarom verzoekster dit niet zelf kan en of geprobeerd is verzoekster dit aan te leren met behulp van een hulpmiddel.

Gelet op het voorgaande is nog steeds niet aangetoond dat sprake is een geneeskundige context. De geïndiceerde zorg is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar met ingang van 1 december 2019 een PGB vv moet toekennen op basis van 15 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. In artikel 13 van de voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv. Dit is nader uitgewerkt door de ziektekostenverzekeraar in het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019' (hierna: het reglement). Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een PGB vv. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.

- 
- 6.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij verschillende aandoeningen heeft, waaronder IgA nefropathie/nierschade, alveesklier insufficiëntie, avasculaire necrose aan beide knieën, carpaal tunnelsyndroom aan beide polsen, chronische diarree, spierreuma, artrose, en astma. Als gevolg hiervan heeft zij chronisch lage bloedsuikers, een tekort aan vitamines, mineralen, albulime en chronische bloedarmoede (hemolyse). Hiervoor is verzoekster al enkele jaren onder behandeling bij diverse medisch specialisten en moet zij veel verschillende medicatie gebruiken. Verder leiden de aandoeningen en afwijkingen tot ernstige vermoeidheid en spierzwakte. Als gevolg hiervan is verzoekster bij verschillende dagelijkse levensverrichtingen afhankelijk van hulp.



De ziektekostenverzekeraar baseert zijn oordeel ten onrechte met name op het bewust keuze gesprek dat met verzoekster is gevoerd. Dit gesprek kwam voor verzoekster onverwacht. Bovendien zijn er momenten dat zij zich - als gevolg van haar aandoeningen en medicatie - niet goed kan concentreren en niet goed uit haar woorden komt. Daardoor heeft het bewust keuze gesprek mogelijk een vertekend beeld gegeven van de werkelijkheid. Overigens heeft de dochter van verzoekster hierna nog telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om een beter beeld te schetsen. Daar lijkt echter niets mee gedaan te zijn.



Verder is volgens de ziektekostenverzekeraar de 'geneeskundige context' van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd. Hij heeft echter nagelaten verzoekster te informeren dat het zorgplan op dit punt onvoldoende duidelijk wast, zodat zij ook niet in de gelegenheid is geweest dit met de indicierend wijkverpleegkundige te bespreken. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte nagelaten te onderzoeken welke gevolgen het zou hebben als de geïndiceerde zorg niet aan verzoekster wordt verleend. Vanwege het gebruik van verschillende soorten medicatie en de onderlinge werking hiervan is het van groot belang dat verzoekster de juiste medicatie op het juiste moment inneemt. Zelf heeft zij niet altijd het overzicht, zodat zij hierbij afhankelijk is van hulp. Daarnaast is gebleken dat het voor de apotheek niet mogelijk is de medicatie afgestemd aan te leveren. In het verleden zijn namelijk meerdere malen fouten gemaakt met gezondheidsrisico's tot gevolg.



Ook gaat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan uit dat bij verzoekster uitsluitend sprake is van vermoeidheid, waardoor zij bepaalde handelingen niet zelfstandig kan uitvoeren. Daarbij gaat de ziektekostenverzekeraar er volledig aan voorbij dat verzoekster de handelingen niet zelfstandig kan uitvoeren ten gevolge van spierzwakte en beperkte kracht. Simpele handelingen vragen van haar al zoveel kracht dat het voelt als het beklimmen van een berg. Dit is niet simpelweg op te lossen met een aangepast dagritme, want dat heeft verzoekster al. Ook hulpmiddelen bieden hier geen uitkomst. Als verzoekster niet wordt ondersteund, bij bijvoorbeeld persoonlijke hygiëne, kleden en verschoning als gevolg van incontinentie 'vervuilt' zij letterlijk en zal haar gezondheid alleen maar verder achteruit gaan. Hetzelfde geldt voor de ondersteuning bij het koken die ervoor zorgt dat zij gezond kan eten. Valt deze ondersteuning weg, dan zal zij ongezond gaan eten met alle negatieve gevolgen van dien. Ook het aan- en uittrekken van steunkousen kan verzoekster niet zelfstandig. Als zij deze echter niet draagt heeft dit negatieve gevolgen voor het oedeem in de benen.



Verzoekster heeft opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar verschillende adviezen geeft met betrekking tot het volgen van therapieën of behandelingen om haar zelfredzaamheid te vergroten. Hierbij gaat de ziektekostenverzekeraar er ten onrechte aan voorbij dat verzoekster al van 2004 tot en met 2019 zowel psychologische hulp als fysiotherapie heeft ondergaan. Dit heeft er echter niet toe geleid dat zij nu zelfredzaam is. Verzoekster stelt dat zij zelfs een intake heeft gehad bij een revalidatiecentrum, maar hier niet kon worden opgenomen in verband met een beperkte belastbaarheid. Dit betekent dat het opvolgen van de adviezen die de ziektekostenverzekeraar geeft niet tot een andere zorgvraag zal leiden.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar het risico op valgevaar onvoldoende onderkent. Verzoekster maakt in huis gebruik van een stok, een rollator en orthopedisch schoeisel. Toch blijft lopen en staan pijnlijk en is zij daarbij instabiel. Daarbij leiden de bloedarmoede en lage suikerwaarden in het bloed soms tot duizeligheid. Dit betekent dat bepaalde handelingen, zoals het douchen of kleden, een risico op valgevaar met zich brengen. Verzoekster is al eerder gevallen en wenst herhaling te voorkomen. Overigens is het risico op botbreuken in haar geval groot in verband met een slechte botdichtheid en botontkalking.

Ten aanzien van de geïndiceerde zorg voor het doen van oefeningen merkt verzoekster op dat fysiotherapie en chiropractie slechts beperkt zijn gedekt. Daarbij is verzoekster fysiek niet in staat naar meerdere afspraken te gaan. Als zij echter geen oefeningen doet en hierbij niet wordt ondersteund, zal dit tot gevolg hebben dat zij alleen nog maar op bed kan liggen vanwege uitputting en pijn. De zorgverlener van verzoekster heeft geleerd hoe zij de oefeningen moet uitvoeren, zodat deze thuis kunnen plaatsvinden.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat alleen zorg die ook geboden zou worden door een verpleegkundige binnen een geneeskundige context recht kan geven op een PGB vv. Daarnaast wordt gekeken of de zorg doelmatig is. In dit verband wordt bijvoorbeeld nagegaan of er hulpmiddelen zijn die het zelfzorgtekort bij een verzekerde weg kunnen nemen en of het overnemen van zorg niet juist anti-revaliderend is. Ook wordt gekeken of sprake is van naastenzorg. Hiermee wordt bedoeld de zorg die een verzekerde redelijkerwijs van zijn of haar netwerk mag verwachten. Deze criteria zijn nader uitgewerkt in de artikelen 2.1, 5.8 en 4.11 van het reglement.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat iedere aanvraag voor een PGB vv wordt beoordeeld aan de hand van de informatie die op dat moment bekend is. Dat in het verleden een PGB vv is toegekend, betekent dus niet automatisch dat een vervolgaanvraag wordt goedgekeurd. In het geval van verzoekster is uit de overlegde informatie en uit het bewust keuze gesprek dat in november 2019 is gevoerd, gebleken dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg ontbreekt. Het zelfzorgtekort van verzoekster lijkt primair voort te komen uit vermoeidheid en pijnklachten. Hoewel dit vervelende klachten zijn, is daarmee de geneeskundige context niet vast komen te staan.

Verzoekster beschrijft in het zorgplan - dat zij zelf heeft opgesteld - veel zorg die begeleidend van aard is. Hierbij valt te denken aan het contact opnemen met zorgverleners bij een onverwachte medische situatie, verzoekster eraan herinneren dat zij haar medicatie moet innemen, het aanzetten van de verwarming, het opwarmen van een kruik, het bed verschonen, de was aanzetten, het klaarzetten van eten/drinken of het klaarleggen van schone kleding. Dergelijke begeleidende of huishoudelijke handelingen zijn niet aan te merken als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zodat hiervoor geen PGB vv kan worden toegekend. Ook voor het doen van oefeningen kan geen PGB vv worden toegekend. Dit is namelijk geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, maar zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

Daarnaast worden door verzoekster algemene dagelijkse levensverrichtingen benoemd waarvan zij stelt dat zij hierbij hulp nodig heeft, zoals wassen, haren kammen, been-, buik- en borstverzorging, aankleden en steunkousen aan- en uittrekken. Het is niet duidelijk waarom verzoekster deze handelingen niet zelfstandig of met behulp van hulpmiddelen kan uitvoeren. Ook is de geneeskundige context van deze zorg niet nader onderbouwd. Verder stelt verzoekster weliswaar dat sprake is van valgevaar, maar wordt ook in dit verband onvoldoende onderbouwd welke hulpmiddelen worden gebruikt om dit te ondervangen. Ook dit verklaart het beschreven zelfzorgtekort van verzoekster niet.

Samenvattend blijft uit de door verzoekster opgestelde lijst met handelingen enkel ADL-zorg over die kan worden aangemerkt als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Hiervan is echter niet duidelijk wat de geneeskundige context is. Dit maakt dat niet wordt voldaan aan artikel 2.1 van het reglement en dat voor deze zorg geen PGB vv kan worden toegekend.

- 6.5. De commissie overweegt dat verpleging en persoonlijke verzorging onder de dekking van de zorgverzekering kunnen vallen als sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context. Dit laatste wil zeggen dat de zorg plaatsvindt met het oog op herstel van de gezondheid, of het voorkomen van verergering van een ziekte of aandoening. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige in het zorgplan te onderbouwen dat wordt voldaan aan beide voorwaarden.
- 6.6. De commissie overweegt verder dat het - op grond van artikel 5.3 van het reglement - aan een wijkverpleegkundige niveau 5 is een indicatie te stellen voor verpleging en persoonlijke verzorging volgens de normen die de beroepsgroep hieraan stelt. Volgens deze normen dient de wijkverpleegkundige onder andere te onderbouwen welke beperkingen een verzekerde ervaart bij de geïndiceerde zorg, wat de zorgdoelen zijn en welke interventies moeten worden uitgevoerd om die doelen te bereiken.
- Het zorgplan dat door verzoekster zelf is opgesteld op 17 september 2019 kan niet worden aangemerkt als een indicatiestelling als bedoeld in artikel 5.3 van het reglement. Ook de brief van verzoekster van 3 augustus 2020 kan niet als zodanig worden aangemerkt. Deze stukken kunnen dan ook niet leiden tot verstrekking van een PGB vv.
- In het zorgplan dat op 18 september 2019 door de indicierend wijkverpleegkundige is opgesteld, is onvoldoende duidelijk beschreven welke zorghandelingen nu precies zijn geïndiceerd of hoeveel tijd hiermee gemoeid is. Evenmin is onderbouwd welke beperkingen verzoekster precies bij deze handelingen ervaart en waarom zij niet in staat is deze handelingen, eventueel met de inzet van hulpmiddelen, zelfstandig uit te voeren. Door deze onduidelijkheden kan niet worden beoordeeld of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Voor zover hiervan al sprake is, geldt dat ook de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Een en ander leidt tot de conclusie dat geen indicatie is gesteld volgens de normen van de beroepsgroep. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 26 november 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een PGB vv van verzoekster dan ook terecht afgewezen op grond van artikel 2.1 van het reglement.
- 6.7. De commissie merkt op de indicierend wijkverpleegkundige op 15 december 2020 een zorgplan heeft opgesteld voorzien van een toelichting. De commissie overweegt dat deze stukken niet kunnen leiden tot een ander oordeel. Er is namelijk sprake van een gewijzigd zorgplan, waarin andere zorghandelingen zijn beschreven dan in het zorgplan dat deel uitmaakt van de aanvraag die op 18 september 2019 bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 25 januari 2021. Dit betekent dat feitelijk sprake is van een nieuwe aanvraag. Het is niet aan de commissie hierover een oordeel te geven. Het staat verzoekster echter vrij een nieuwe aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar.
- 6.8. De commissie overweegt dat hetgeen verzoekster ter zitting heeft aangevoerd, met name dat de ziektekostenverzekeraar aan haar niet duidelijk heeft gemaakt dat de indicatie in het zorgplan onvoldoende is onderbouwd, evenmin tot een ander oordeel leidt. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk zowel in de beslissing van 26 november 2019 als in de heroverweging van 17 januari 2020 vermeld dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster voldoende duidelijk geïnformeerd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verpleging en persoonlijke verzorging in natura of op basis van een PGB vv, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2021,

G.R.J. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 13, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2019 van:

- Bewuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.3 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2019 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (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.
 - a. Onder deze 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).
- Daarnaast dient u:
2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
 3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Deze indicatie is op het moment dat uw aanvraag door ons is ontvangen niet ouder dan 3 maanden.
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) 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 heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. 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;
 - c. 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;
 - d. u heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) 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 ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. uw (wettelijk) 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 als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnpr), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, 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.
7. 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 in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.
8. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
9. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
10. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner.
11. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten. Onder huisgenoten verstaan wij de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie verzekerde duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.

2. 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 verzekeren deel). Een 'Bewustkeuzegesprek' 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.
3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. 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. Ook bij het beoordelen van uw aanvraag hanteren wij de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg.
5. Als er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
6. Als u op palliatieve 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.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u voor dat deel van de 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 uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
9. Als 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 van (plotse) 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 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. 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 wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als 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. In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c. wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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

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 zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op 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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op 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 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 kindzorghuis. 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 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).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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 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 een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans