



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA Ziektekostenverzekering N.V. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, zorg uit het netwerk

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

Zaaknummer : 202001947

Zittingsdatum : 3 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 4 september 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Verzoeker heeft zijn standpunt op 24 september 2020 per brief nader toegelicht.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 december 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Op 21 december 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2020052629) uitgebracht. Een kopie is op 22 december 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hiep te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

2.4. Partijen hebben aanvankelijk verklaard dat zij gebruik wilde maken van de mogelijkheid om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben respectievelijk telefonisch en per e-mail op 2 maart 2021 meegedeeld dat zij alsnog van deze mogelijkheid afzien.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Aanvullend en OHRA Gezond (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Ten behoeve van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 12 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan - dat deel uitmaakt van de genoemde aanvraag - over verzoeker verklaard:

(...) Doel: Persoonlijke verzorging Diagnose= zelfzorg te kort ADL.

P= niet volledig in staat om activiteiten uit te voeren die nodig zijn bij eigen lichaamsverzorging.

E=urine incontinentie na meerdere CVA, halfzijdig verlamd.

S= (risico op) vallen, niet kunnen mobiliseren zonder rollator.

Persoonlijke Hygiëne (vanaf 01-05-2020 tot 01-05-2021)

Doel: dhr ervaart geen hinder van zijn incontinentie (...)

Blaaszorg

Acties:

Dhr wordt meerdere keren per dag verschoond en eventueel kleding verwisselen (met het verschonen van inco); Avond: Dhr. wordt nacht klaar gemaakt incontinentie materiaal wordt verwisseld en opfris beurt. (...) Duur: 2:20.

(...)

Doel: Dhr zijn huid is verzorgd, is niet droog en heeft geen last van irritaties/wondjes.

P: Dhr heeft last van extreme droge huid (eczeem) heeft 2x daags huidzorg.

E: Dhr waarvoor hij dagelijks vaseline/uierzalf gebruikt.

Risico: huidletsel.

(...)

Huidzorg

Ochtend en Avond. Dhr. wordt tweemaal daags de huid ingesmeerd met vaseline/uierzalf.

Risico op huiddefect. Let op: de lichaam goed afdrogen en goed insmeren. (...) Duur: 2:20.

(...)

Doel: revalideren na CVA, mobiliteit verbeteren, gebruikt maken van hulpmiddelen op de juiste manier.

P: Verminderde mobiliteit.

E: Ten gevolge van CVA 2010, recent februari 2020.

Dhr heeft een beperking in de bewegingsmogelijkheden van rechterhelft, CVA met restverschijnselen, hernia klachten, blijvende beperkte beenkracht rechts, artrose, kost dhr. veel energie, inspanningsvermoeidheid. Dhr. kan niet aan heeft fysiotherapie mee doen vanwege de corona.

(...)

Mobiliteit/transfer

Risico op vallen.

Dhr is halfzijdig verlamd, heeft moeite met lopen, hij sleept met zijn been, heeft hulp nodig bij het uit bed komen. Dhr. heeft spierzwakte en kan zich moeilijk voortbewegen, heeft een loop/wandelstok wordt ondersteund tijdens het lopen. Dhr. wordt ondersteund en begeleid tijdens alle transfers. In- en uit bed, van en naar de badkamer en woonkamer, vanwege spierzwakte en halfzijdige verlamming. Dhr. heeft passende schoenen, heeft hulp nodig bij het aan- en uittrekken van zijn speciale schoenen. Neemt de tijd voor zorgmomenten, heeft gauw last van inspanningsvermoeidheid. Communicatie gaat moeilijk door spraakstoornis en taalbarrière. Momenteel kan dhr. niet naar de fysiotherapie vanwege coronavirus. Dhr. wordt geleidelijk gemobiliseerd. Dhr. probeert zelf loop en kracht oefeningen thuis te doen, oefenprogramma. (...) Duur: 1:40.

(...)

Doel Medicatie

P: Dhr gebruikt zijn medicatie helemaal niet of niet volgens voorschrift.

E: Dhr heeft geen zicht meer op zijn medicatie vanwege CVA vergeet in te nemen (is bekend met pijnklachten, myocardinfarct (jicht/artrose).

S: Dhr gaat somatisch en neurologisch achteruit en het risico op meerdere malen ziekenhuis opname (CVA). Bij pijn op de borst krijgt dhr. 1-2 spray onder tong (nitrospray), mag herhaald worden zo nodig 1-2 keer. Wacht meer dan 5 minuten na vorige spray. (...)

(...)

Medicatie-toediening

Doel: lichamelijk en neurologisch geen verdere achteruitgang. Medicatie wordt dagelijks volgens voorschrift ingenomen. Interventies: dhr. krijgt dagelijks zijn medicatie en neemt deze in de ochtend en avond. Ochtend en Avond: Dhr. krijgt 2x dagelijks medicatie aangereikt, verlamde hand krijgt de zakjes niet open, tevens vergeetachtigheid t.g.v. CVA. Hulpmiddelen: Dhr. heeft een alarm op zijn telefoon dan nog vergeet hij medicatie in te nemen. Medicatie is erg belangrijk. Tevens is ook een medido geprobeerd maar dhr. kan vanwege beschadigde vingertoppen moeilijk zelf pakken. Let op: dhr. gebruikt Acenocomarol. Dubbel aftekenen op de medicatielijst. (...) Duur: 1:10.

(...)

Doel: Persoonlijke verzorging, diagnose Zelfzorgtekort ADL.

P: Niet (volledig) in staat om activiteiten uit te voeren die nodig zijn bij de eigen lichaamsverzorging

E: Minder mobiel na ziekenhuis/revalidatie t.g.v. CVA.

S: Risico op vallen, valgevaarlijk tijdens ADL, niet kunnen mobiliseren zonder rollator. CVA, artrose.

Dhr is snel moe buiten adem, benauwdheidsklachten, bekend met myocardinfarct.

Verhoogd risico op huidletsel vanaf 27-02-2020 tot 01-05-2021. Verhoogd risico op vallen vanaf 27-02-2020 tot en met 01-05-2021.

(...)

Persoonlijke hygiëne

Acties: Dhr. wordt dagelijks ondersteund bij de ADL onder de douche. Hij wordt geholpen met mobiliseren naar de douche, uittrekken van de boven- en onderkleding. Dhr is halfzijdig verlamd. Dhr heeft een douchestoel waarop hij veilig plaats kan nemen. Bovenkant probeert dhr. zelf te doen met een hand als de spullen in de buurt zijn klaargezet. Dhr. heeft hulp nodig bij het wassen van de rug, benen. Let op: verhoogd valgevaar tijdens moment leg handdoek neer op de vloer zodat dhr. hier stevigheid aan heeft. Dhr wordt geholpen met afdrogen van de onder- en bovenkant en aankleden. Handelingen worden rustig uitgevoerd na CVA wat dhr heeft doorgemaakt. Avond Zorg: Dhr. wordt geholpen met nacht klaar maken. (...) Duur: 5:25. (...) "

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 7 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 2 mei 2020 tot en met 31 december 2020.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 29 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 21 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal geïndiceerde uren. 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. Nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren is de overige geïndiceerde zorg niet meer onderbouwd.

Conclusie

Omdat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van de aantal uren kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat de overige geïndiceerde 4 uur en 20 minuten niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. (...) "

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv moet toekennen op basis van 12 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week vanaf 2 mei 2020;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan hem moet voldoen.

 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 A.22. van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 de aanspraak op het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

 6.2. De commissie constateert dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft immers een PGB vv aan hem toegekend. Partijen zijn het echter niet eens over de hoogte van het PGB en hebben hierover het volgende aangevoerd.

Standpunt verzoeker

 6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd een PGB vv toe te kennen voor de zorg die is geïndiceerd voor "mobiliteit en transfers, medicatie toedienen en huidzorg". Het staat buiten kijf dat verzoeker deze zorg nodig heeft in verband met zijn lichamelijke beperkingen, die in het zorgplan uitgebreid worden genoemd en toegelicht. De ziektekostenverzekeraar meent echter niet gehouden te zijn tot vergoeding van de tijd die daarmee gemoeid is, omdat verzoeker zelfredzaam is met inzet van zijn sociaal netwerk, aangezien een familielid de zorg levert. Verzoeker merkt op dat dit haaks staat op het idee achter het PGB vv, namelijk dat hij zelf kan beslissen bij wie hij de geïndiceerde zorg inkoopt en waarbij ook de mogelijkheid bestaat dit bij een familielid te doen. Het enkele feit dat verzoeker door een familielid wordt verzorgd, kan dus niet leiden tot de conclusie dat geen recht bestaat op een PGB vv. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat het aan de wijkverpleegkundige is een indicatie te stellen voor verpleging en verzorging en dat hierbij tevens moet worden onderbouwd welke inzet wel of niet van het netwerk van een verzekerde kan worden verwacht. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het document 'Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding' van 28 maart 2019 en in het normenkader van de beroepsgroep. De ziektekostenverzekeraar mag weliswaar beoordelen of de geïndiceerde zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en of verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen, maar daarbij geldt wel de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie als uitgangspunt. De ziektekostenverzekeraar mag hiervan niet ongemotiveerd afwijken. Aangezien het een vast onderdeel is van de indicatiestelling na te gaan welke zorg wel of niet van het netwerk van de verzekerde mag worden verwacht, is dit in het geval van verzoeker reeds verdisconteerd in de indicatiestelling. De ziektekostenverzekeraar mag hiervan dan ook niet afwijken.

 Verzoeker heeft contact opgenomen met de indicerende wijkverpleegkundige. Zij heeft aan verzoeker verteld dat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft opgemerkt dat zij zich in de aanpassing van de

indicatie kan vinden. Verzoeker heeft het gevoel gekregen dat de indicierend wijkverpleegkundige naar eer en geweten een indicatie heeft gesteld, maar dat zij hiervan is 'afgepraat' door de ziektekostenverzekeraar.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de gestelde indicatie het uitgangspunt is bij de beoordeling van de aanspraak op het PGB vv. Daarbij wordt echter wel gekeken:
- of de geïndiceerde zorg inderdaad wijkverpleging onder de zorgverzekering is;
 - of duidelijk is dat en waarom verzekerde op deze zorg (en omvang) is aangewezen;
 - of de zelfredzaamheid kan worden vergroot door de inzet van hulpmiddelen of andere voorzieningen;
 - welke ondersteuning redelijkerwijs mogelijk is vanuit het eigen netwerk. Immers, ook als professionele thuiszorg de zorg verleent in de vorm van zorg in natura wordt, als het goed is, gekeken welk deel van de benodigde verpleging en persoonlijke verzorging het netwerk van de verzekerde als mantelzorg kan doen.

Uit de informatie in het dossier volgt dat de zorg aan verzoeker wordt verleend door zijn zoon. Wanneer ondersteuning vanuit het eigen netwerk redelijkerwijs mogelijk is, bestaat in beginsel geen reden hiervoor een PGB vv toe te kennen. Om die reden is geen PGB vv toegekend voor de zorg die in het zorgplan is beschreven als 'mobiliteit en transfers, medicatie toedienen en huidzorg'. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn overwegingen dienaangaande met de indicierend wijkverpleegkundige besproken. Zij kon zich vinden in de zienswijze van de ziektekostenverzekeraar. Dit is schriftelijk bevestigd en daarmee is de eerdere indicatie vervangen door een herziene indicatie.

Overwegingen commissie

- 6.5. In artikel B.26. van de voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op verpleging en verzorging, als bedoeld in artikel 2.10 Bzv. In het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' (hierna: het reglement) is door de ziektekostenverzekeraar nader uitwerkt wanneer en onder welke voorwaarden recht bestaat op een PGB vv.
- 6.6. De commissie overweegt dat verzoeker slechts recht heeft op verpleging en verzorging voor zover hij hiervoor een indicatie heeft. Dit is opgenomen in artikel 3.1 van het reglement. Bij het stellen van de indicatie is het aan de verpleegkundige na te gaan of sprake is van een geneeskundige context. Ook dient hierin te worden betrokken of de zorgvraag bijvoorbeeld kan worden verminderd door de inzet van hulpmiddelen en welke inzet van het netwerk van de verzekerde mag worden verwacht. Dit alles behoort tot de professionele autonomie van de indicierend wijkverpleegkundige. Partijen hebben verklaard dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft besloten de indicatie die zij aanvankelijk heeft gesteld te verlagen naar 7 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Zij kan hiertoe beslissen. Ook dit behoort tot haar professionele autonomie. De – aangepaste - indicatie vormt vervolgens een gegeven. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar de indicatie heeft gevolgd en op basis hiervan een PGB vv aan verzoeker heeft toegekend. Verzoeker heeft geen recht op een hoger PGB vv. Deze conclusie wordt onderschreven door het Zorginstituut in het advies van 21 december 2020.
- 6.7. Hetgeen verzoeker verder heeft aangevoerd - namelijk dat hij het gevoel heeft dat de indicierend wijkverpleegkundige is 'afgepraat' van de aanvankelijk gestelde indicatie - leidt niet tot een ander oordeel. De commissie overweegt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige bij vragen of onduidelijkheden over de gestelde indicatie. Het is vervolgens aan de wijkverpleegkundige te beoordelen of dit contact ertoe leidt dat de indicatie moet worden aangepast of niet. In het onderhavige geval heeft de indicierend wijkverpleegkundige daartoe besloten. Dit betekent dat geen sprake is van een situatie waarin de ziektekostenverzekeraar eigenmachtig van de gestelde indicatie is afgeweken. Er zijn geen

 aanwijzingen voor de suggestie van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de indicierend wijkverpleegkundige heeft 'afgepraat' van de oorspronkelijk gestelde indicatie, anders dan op basis van argumenten die kennelijk door de wijkverpleegkundige werden onderschreven.

 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een PGB vv, zodat het verzoeker op grond van deze verzekering niet kan worden toegekend.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 10 maart 2021,

 M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

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, geregistreeerde 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.

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.

Daarnaast dient u:

2.2 Langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;

2.3 Op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

3.1 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.

3.2 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 onder meer mee in onze beoordeling:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 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 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.

Als 1 van de situaties onder a t/m f van toepassing is, krijgt u geen pgb.

3.3 U bent naar ons oordeel 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 en kwalitatief goede zorg; Verantwoord wil zeggen dat de situatie in huis veilig is. Er is bijvoorbeeld voldoende toezicht van mantelzorgers en de zorg sluit goed aan bij de zorgbehoefte. Van kwalitatief goede zorg is sprake als de zorg veilig, effectief (goed resultaat) en doelmatig (niet te duur) is. De zorg is cliëntgericht: U krijgt de zorg op het juiste moment en de zorg sluit aan bij wat u nodig hebt

3.4 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 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, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:

- de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
- de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden.

Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.
- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.

Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wijkpleging is voor alle leeftijden en omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren

van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. “Intensieve Kindzorg” kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code “Verpleegkundige niveau 5” die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel

14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Bij de indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring van ons is niet nodig als u naar een zorgverlener die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd. De zorgverlener beoordeelt dan namens ons of de zorg valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met huisartsenzorg. Het verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar huis. De verwachting is dat terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf;

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerste lijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten