

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, 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 2020

Zaaknummer : 202101353

Zittingsdatum : 12 januari 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 24 juni 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 14 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 oktober 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 16 november 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer 2021040656) aan de commissie bericht - kort samengevat - dat het in deze geen adviesbevoegdheid toekomt, omdat het geschil gaat over het toekennen van een Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv), terwijl de zelfredzaamheid kan worden bevorderd en het niet gaat over de vraag waarover het Zorginstituut wel kan adviseren, te weten of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Een kopie hiervan is op 14 december 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 december 2021 per brief een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 28 december 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 januari 2022 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 13 januari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat hij van oordeel blijft dat hij geen adviesbevoegdheid heeft in deze kwestie.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand**. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 8 september 2020 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 15 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in de OMAHA-aanleiding - die deel uitmaakt van voornoemde aanvraag - over verzoekster verklaard:

"(...) A03 - Medische informatie

12- 2016 - Relapsing remitting MS.

Revalidatie ontvangen. Conclusie revalidatiearts: "Gezien het beloop van de afgelopen jaren is de verwachting dat de gevolgen op stoornisniveau gelijk blijven of dat mw. achteruit gaat"

Betrokken specialisten: Dermatoloog, oogarts, Cardioloog voor periodieke controles m.b.t.

bijwerkingen bij gebruik van Gilenya.

A04 - Medicijngebruik

- Gilenya 1 x p/d (vaste tijd innemen)

- Macroglolzouten

Mw. kan het niet zelfstandig uit de strip drukken en het zakje open scheuren t.g.v. krachtverlies en pijn. Mw. kan het medicijn wel zelfstandig innemen. Advies: Medido medicijndispenser om de zelfredzaamheid te vergroten, (via de huisarts/apotheek aanvragen).

A05 - Beperking in dagelijks functioneren

T.g.v. haar MS heeft mw. kracht -en gevoelsverlies in haar linker lichaamshelft. Daarnaast heeft zij krampende spierpijnen in haar armen en benen waardoor zij niet langer dan 1 uur kan zitten. Mw. heeft een drukkend gevoel in haar hoofd en ziet geregeld wazig. In de ochtend is mw. te stijf/ vermoeid om zelfstandig uit bed te komen en 's avonds is mw. te vermoeid en te pijnlijk om zelfstandig haar bed in te gaan. Naarmate de dag vordert raakt mw. erg vermoeid waardoor haar kracht, mobiliteit, spraak en zicht afneemt. Toilethandelingen kan mw. niet altijd zelfstandig uitvoeren. De transfers kan mw. niet zelfstandig maken t.g.v. een "dronkenmansloop". Lang staan kan mw. niet en dagelijks heeft mw. een periode dat zij helemaal niet kan staan. Met hulp van haar echtgenoot en steunend op meubels en tegen muren, loopt/schuifelt mw. maximaal 10 mtr. (afstand van de voordeur tot aan de auto) Voor langere afstanden zit mw. in de rolstoel. Mw. heeft een beperkte handkracht en laat geregeld dingen uit haar handen vallen. Haar armen kan zij niet langer dan 1 minuut heffen.

A06- Uitscheiding

Mw. voelt aandrang en wordt geholpen met de transfer naar het toilet, ont/aankleden van het onderlichaam en regelmatig bij het verschonen na toiletbezoek.

A07 - Eten en drinken

Echtgenoot verzorgd de boodschappen en bereid de maaltijden. Mw. zit soms in de keuken om haar echtgenoot aanwijzingen te geven.

A08 - Cognitief

Mw. kan niet meer dan 2 taken uitvoeren. Daarbij is mw. meer gaan vergeten. Hierdoor kan zij zich dom voelen. Stressverwerking: Mw. kan gefrustreerd en boos raken door haar vergeetachtigheid, pijn, geen enkele activiteit meer kunnen ondernemen wat zij vroeger wel kon. Mw. wordt hierin ondersteund door haar echtgenoot en psycholoog.

A09 - Communicatie

Mw. gaat onduidelijker praten t.g.v. van vermoeidheid wat in de loop van de dag toeneemt.

A10 - Mobiliteit

Beperkingen als beschreven bij punt A05.

A11 - Inzet hulpmiddelen

Rolstoel.

A12- Toewerken naar zelfredzaamheid

Fysiotherapie is nu even gestopt gezien haar lichamelijke en geestelijke vermoeidheid in haar acceptatieproces. Doel dat dit later weer wordt hervat. Psycholoog is betrokken om mw. in haar ziekteproces te begeleiden. Ergotherapeut komt binnenkort om hulpmiddelen te bespreken. O.a. te adviseren hulpmiddelen: verplaatsbare douchestoel, verrijdbare po-stoel, traplift, personenalarmering, elektrische deuropener, zn. aangepast bestek, medicijndispenser, loophulpmiddel, anti decubitus kussen/matras. Deze hulpmiddelen kunnen ingezet worden op het moment dat mw. er aan toe is. De transfers zal zij altijd met hulp van 1 persoon moeten maken m.b.t. het grote valrisico.

A13 - Inzet mantelzorgondersteuning

Echtgenoot: Verzorgen van de kinderen, huishouden, maaltijden verzorgen, medicatie aanreiken, ambulante begeleiding. De kinderen wil mw. en haar echtgenoot niet deel laten uitmaken in de ondersteuning aan mw. Zij willen de kinderen er niet mee belasten. Daarnaast heeft de oudste dochter een eetstoornis waar ook begeleiding aan gegeven wordt. Echtgenoot heeft ontslag genomen om voor zijn echtgenote te kunnen zorgen. Op dit moment is de echtgenoot niet overbelast. De toekomst is wel even opgenoemd om overbelasting te voorkomen van de echtgenoot. Dit nemen zij ter harte.

A14 - Risicoinventarisaties

Vergroot valrisico, decubitus/ huiddefect bij afgenomen mobiliteit, persoonlijke hygiëne, depressie.

(...)

A18 - Woonsituatie en veiligheid

Mw. woont in een eengezinswoning met trap. Trap vormt een risico. Advies: een traplift en zn. tijdelijk een hoog/laag bed in de woonkamer. (...)"

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

"(...) **Toelichting:**

P: Vergroot valrisico.

E: Kracht-, mobiliteit- en energie beperking, vermoeidheid, pijn, gevoelsverlies linkerzijde t.g.v. MS

S: "Dronkenmansloop", verplaatsen door vast te houden aan meubels en muren, echtgenoot houdt mw. vast tijdens het lopen, niet zelfstandig in/uit bed kunnen komen en op/van het toilet kunnen komen.

D: M.b.v. de ergotherapeut wordt, naast de hulp van mw. haar echtgenoot, hulpmiddelen onderzocht en ingezet waardoor mw. zich veiliger voelt tijdens haar transfers en persoonlijke verzorging.

R: Mw. valt niet.

E: Over 1 jaar.

(...)

Acties: Hulpmiddelen, per dag 60min/informele zorgverlener

- hulp bij uit bed en naar de badkamer (10 min.), van badkamer naar andere ruimte (10 min.), van andere ruimte 's avonds weer in bed (10 min.), 6 x toilet transfers (5 min. per x). Met geadviseerde hulpmiddelen.

- Ergotherapeut komt langs om de hulpmiddelen en transfermogelijkheden te onderzoeken.

- Mw. leert m.b.v. o.a. psychotherapie, fysiotherapie en ergotherapie om te gaan met haar beperkingen en leert de hulpmiddelen te accepteren.

- Adviezen op korte termijn: een verrijdbare douchestoel, wandbeugels in toilet en douche, verrijdbare po-stoel.

(...)

Toelichting:

P: Zelfzorgtekort in de persoonlijke verzorging.

E: Kracht-, mobiliteit-, en energie beperking, gevoelsverlies linkerzijde, vermoeidheid, druk op het hoofd en pijn t.g.v. MS.

S: Armen niet langer dan 1 minuut kunnen heffen, niet lang kunnen staan/zitten, onvoldoende kunnen bukken, pijn en valrisico bij verandering van lichaamshouding.

D: Mw. wordt geholpen bij haar persoonlijke verzorging waarin mw., naar kunnen, mee kan helpen haar bovenlichaam te wassen. Hierbij maakt mw. gebruik van hulpmiddelen om het valrisico te voorkomen.

R: Mw. voelt zich de gehele dag verzorgd door hulp in haar persoonlijke verzorging en bij toiletactiviteiten.

E: Over 1 jaar.

(...)

Acties:

Persoonlijke hygiëne, per dag 00:45 min. PV/ Informele zorgverlener.

- Ochtend: Douchen (incl. haren verzorgen, kleden, tandenpoetsen aanreiken van benodigdheden/ soms overname (35 min).

- Avond: Omkleden (10 min),

Per dag/00:30 min. PV/Informele zorgverlener.

- Toilethulp (onder kleding aan/uit doen + verschoenen regelmatig) gemiddeld 6 x per dag 5 min per x. (...)"

- 3.5. Op 20 oktober 2020 heeft Argonaut Advies, op verzoek van de ziektekostenverzekeraar, een huisbezoek bij verzoekster afgelegd. Van dit bezoek is op 21 oktober 2020 een verslag gemaakt. Hierin komt Argonaut Advies - kort gezegd - tot de conclusie dat de zelfredzaamheid van verzoekster kan worden vergroot door de inzet van hulpmiddelen en dat zorg in natura in deze situatie passender is. Argonaut Advies adviseert tot afwijzing van de aanvraag van verzoekster.
- 3.6. Op 5 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen en dat wordt geadviseerd zorg in natura in te zetten.
- 3.7. Op 30 november 2020 heeft de behandelend revalidatiearts over verzoekster verklaard: "(...) Middels deze verklaring wil ik laten weten dat patiënte inmiddels langdurig bij ons bekend en onder behandeling is. Het omgaan met de ziekte is een proces waarin patiënte de afgelopen jaren stappen heeft moeten maken om te accepteren dat zij afhankelijk is en hulpmiddelen nodig heeft. Dit is niet makkelijk voor haar en gaat in kleine stappen. Gezien de coping stijl van patiënte met haar ziekte is zij het meest gebaat bij de hulp van een vertrouwd iemand, elke dag dezelfde persoon. Daarnaast is het behandelteam bezig om permanente hulpmiddelen samen voor haar aan te vragen: een rolstoel, een douchestoel, een hoog-laag bed en een sta-op-stoel. (...)"
- 3.8. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 8 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij deze beslissing handhaaft.
- 3.9. Op 1 juli 2021 heeft de behandelend revalidatiearts, in reactie op de vragen die de vertegenwoordiger van verzoekster aan hem heeft gesteld, verklaard:

"(...) Welke hulpmiddelen gebruikt cliënte nu binnenshuis, en vanaf welke datum?

Patiënte gebruikt incidenteel de rolstoel, maar met name buitenshuis voor langere afstanden.

Verder gebruikt patiënte een douchestoel en een trippelwerkstoel.

Welke door het behandelteam van Reade onderzochte hulpmiddelen werkten (in de zin dat zij leidden tot een minder grote zorgbehoefte van cliënte) en welke niet?

Een douchestoel werkt voor patiënte, waardoor zij minder energie kwijt is bij het douchen, afdrogen en aankleden. Een trippelwerkstoel helpt patiënte om zittend activiteiten, o.a. in de keuken uit te voeren, waardoor ze minder energie kwijt is aan staan/lopen. Een relaxfauteuil is geadviseerd. Hiermee zou patiënte ook rustmomenten beneden in de huiskamer kunnen nemen, in plaats van naar boven te gaan. De mogelijkheid tot een rustmoment beneden stelt patiënte

in staat haar ook meer onderdeel uitmaken van het gezin. Deze fauteuil heeft ze nog niet aangeschaft. Ook is een inbouwsysteem geadviseerd voor het bed, waarmee ze haar elektrisch kan verstellen en een comfortabelere lig/zithouding kan aannemen. Hiervoor zal patiënte zelf contact op kunnen nemen met een hulpmiddelenleverancier, welke de indicatie zal stellen. Dit heeft ze nog niet gedaan.

Zijn er nog hulpmiddelen in te zetten die naar verwachting leiden tot een minder grote zorgvraag? Zo ja, op welke termijn zouden die worden ingezet?

Op dit moment niet.

Bent u van mening dat het mogelijk en wenselijk is om een rollator en tillift in te zetten om de zorgbehoefte van cliënte verder te beperken?

Op dit moment niet. (...)"

- 3.10. Op 21 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar een mailbericht gestuurd aan de indicierend wijkverpleegkundige. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier relevant:
- "(...) Het is al even geleden dat je deze aanvraag gedaan hebt; september vorig jaar. In het verslag van Argonaut komt terug dat jij je kon vinden in de afwijzing. We hebben de aanvraag afgewezen op onderstaande gronden;

Doelmatige zorg

In het Zvw-pgb reglement komt onder 5.11 naar voren dat er sprake moet zijn van doelmatige zorg.

Daarbij kun je bijv. denken aan;

- de inzet van een diëtiste op het moment dat er sprake is van overgewicht; met als doel het gewicht naar beneden te brengen zodat de zelfredzaamheid wellicht verbeterd wordt
- in overleg gaan met de apotheek om te kijken welke mogelijkheden er zijn tot het gebruik van hulpmiddelen die er toe bij kunnen dragen dat verzekerde meer; of deels zelfredzaam kan worden op; het gebied van medicatie inname; baxter systeem, automatische medicijndispenser, druppelbril, medicatiealarm, hulpmiddelen bij gebruik van putjes
- het betrekken van een incontinentieverpleegkundige op het moment dat er sprake is van incontinentie en er nog geen gebruik gemaakt wordt van passend incontinentie materiaal. Zo hoeft er niet meerdere malen per dag opgefrist te worden of kleding en/of beddengoed vervangen te worden.
- het in gesprek gaan met de huisarts op het moment dat er sprake is van pijn maar er geen pijn medicatie wordt gebruikt. Minder pijn kan er wellicht aan bijdragen dat een verzekerde meer zelfstandig wordt qua zorg. Is pijnmedicatie die de huisarts kan voorschrijven niet voldoende, dan kan er bijv een pijnteam betrokken worden
- Het aan de slag gaan met een fysiotherapeut op het moment dat er problemen zijn met het mobiliseren en bijvoorbeeld de algehele conditie. Wat kan bijdragen aan het verbeteren van de zelfredzaamheid.
- Maar ook de inzet van een ergotherapeut. Om te kijken of er hulpmiddelen en/of aanpassingen zijn die in huis gedaan kunnen worden om de zelfredzaamheid te verbeteren en te bevorderen. Voordat er een indicatie wordt gesteld, moet er eerst gekeken worden of er sprake is van doelmatige zorg. Er dient altijd ingestoken te worden op doelmatige zorg en het bevorderen van de zelfredzaamheid indien mogelijk.

Uitkomsten huisbezoek

Tijdens het huisbezoek eind vorig jaar heeft verzekerde aangegeven niet toe te zijn aan het gebruik van hulpmiddelen. Verzekerde kan de situatie van het ziek zijn en hulpmiddelen nodig zijn niet accepteren. Er wordt dus niet ingezet op verbeteren van de zelfredzaamheid en doelmatige zorg. Welke beiden een voorwaarde zijn beschreven in het ZVW-pgb reglement. Dit is een keuze van de verzekerde en daar is de verzekerde vrij in. Maar maakt dat het recht op een Zvw-pgb komt te vervallen.

ZIN

Er is aangegeven dat er hulpmiddelen zijn geadviseerd door Reade. Maar het is onduidelijk of deze hulpmiddelen worden ingezet, wat natuurlijk de bedoeling is. Wat maakt dat het niet duidelijk is of er nu wel sprake is van doelmatige zorg. ZIN kan ondersteunen met het leren gebruiken van de hulpmiddelen en inspelen op een wisselende zorgvraag; het aanleren van zelfeorgactiviteiten. Zo kan er in het begin bijv 10 uur per week aan zorg nodig zijn; volledige overname, maar na een poosje maar 3 uur omdat de verzekerde heeft leren omgaan met de hulpmiddelen en gedeelte van de zorg zo zelf uit kan voeren. Als alle hulpbronnen zijn opgepakt en zijn benut, bijv fysio ergo diëtiste huisarts pijnteam, en er is geen winst meer te behalen wat betreft de zelfredzaamheid, dan kan er een nieuwe aanvraag gedaan worden.

Kun jij je nog altijd vinden in de afwijzing van de aanvraag van verzekerde? Zou je dit per mail aan mij kunnen bevestigen en aan kunnen geven waarom je er we/ of niet mee eens bent? (...)"

- 3.11. In reactie op voornoemde mailbericht heeft de indicierend wijkverpleegkundige op 24 december 2021 per e-mail verklaard:
"(...) Inderdaad een tijd geleden. Ik moest de indicatie weer even doornemen.

Ik kan mij nog steeds vinden in de afwijzing. Verzekerde heeft nog niet alle hulpmiddelen ingezet om te ontdekken of zij meer zelfredzaam kan worden. Zij is er psychisch nog niet aan toe om hulpmiddelen uitte proberen. Dit is inderdaad een keuze die verzekerde maakt. Ik heb verzekerde de nodige adviezen gegeven m.b.t. hulpmiddelen en bij wie zij terecht kan om haar mogelijkheden te onderzoeken. Omdat de hulpmiddelen en hulpbronnen nog niet zijn ingezet, is de mate van zelfredzaamheid onduidelijk. Daarom ben ik het eens met de afwijzing. De indicatie is niet passend binnen de voorziening PGB. De voorziening ZIN is een goed advies om de mate van zelfredzaamheid te onderzoeken waarna, mogelijk op een later moment, opnieuw een PGB aanvraag gedaan kan worden. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar met ingang van 7 september 2020 een PGB vv moet verstrekken 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. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene 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 de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv ten onrechte heeft afgewezen onder verwijzing naar artikel 5.11 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (hierna: het reglement). Op grond van dit artikel hoeft geen PGB vv te worden toegekend als sprake is van niet-doelmatige zorg. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit aan de orde, omdat verzoekster nog te weinig gebruikt maakt van hulpmiddelen. De ziektekostenverzekeraar gaat er daarbij echter ten onrechte aan

voorbij dat verzoekster reeds een rolstoel, douchestoel en trippelstoel gebruikt. Hiermee heeft de wijkverpleegkundige ook rekening gehouden bij het opstellen van haar indicatie, zoals blijkt uit het zorgplan. Ondanks de inzet van de hulpmiddelen blijft verzoekster echter aangewezen op 15 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week.

Verzoekster merkt op dat de indicierend wijkverpleegkundige en de revalidatiearts daarnaast hebben gewezen op de mogelijkheid ook andere hulpmiddelen te gaan gebruiken, zoals een verplaatsbare douchestoel, verrijdbare po stoel, traplift, personenalarmering, deuropener, aangepast bestek, medicijndispenser, loophulpmiddel, anti decubitus kussen/matras, een hoog-laag bed en een sta-op-stoel. Maar ook met de inzet van deze hulpmiddelen verdwijnt de zorgvraag van verzoekster echter niet. Het kost bijvoorbeeld niet minder tijd om de haren te wassen als zij over een douchestoel beschikt. Een douchestoel betekent alleen dat zij comfortabeler en veiliger zit bij het douchen. Ditzelfde geldt voor de geïndiceerde zorg omtrent het maken van transfers. De indicierend wijkverpleegkundige heeft immers verklaard dat verzoekster altijd - dus ongeacht de inzet van de genoemde hulpmiddelen - moet worden ondersteund bij het maken van transfers in verband met een verhoogd valrisico.

Hoewel dus terecht door de ziektekostenverzekeraar is opgemerkt dat aan verzoekster het advies is gegeven meer hulpmiddelen te gaan gebruiken, komt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie dat hiermee ook haar zorgvraag zal afnemen of zelfs komt te vervallen.

Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat het primair aan de indicierend wijkverpleegkundige is vast te stellen op welke zorg verzoekster is aangewezen en van welke hulpmiddelen zij gebruik kan maken. Als de ziektekostenverzekeraar op dit onderdeel twijfels heeft over de gestelde indicatie dient hij in contact te treden met de wijkverpleegkundige en deze in de gelegenheid te stellen de indicatie nader te onderbouwen. In dit verband verwijst verzoekster naar de uitspraak van de Rechtbank Noord-Nederland (ECLI:RBNNE:2021:3342). Weliswaar is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat dit contact heeft plaatsgevonden, maar hiervan heeft hij geen bewijsstukken overgelegd. Om die reden moet worden aangenomen dat het contact niet heeft plaatsgevonden en geldt dat de ziektekostenverzekeraar de gestelde indicatie moet volgen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv aan Argonaut Advies verzocht een huisbezoek af te leggen bij verzoekster. Argonaut Advies heeft een verslag gemaakt van dit huisbezoek. Hieruit blijkt dat in de situatie van verzoekster nog onvoldoende gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen en dat de inzet van een zorgverlener om persoonlijke verzorging te verlenen in die situatie niet doelmatig is. Daarom wordt geen PGB vv toegekend. Dit is opgenomen in artikel 5.11 van het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geadviseerd zorg in natura in te zetten, zodat zorgprofessionals haar kunnen ondersteunen en begeleiden bij het in gebruik nemen van de voorgeschreven hulpmiddelen. In laatstgenoemde situatie wordt een tijdelijke indicatie gesteld die met regelmaat kan worden bijgesteld. Pas op het moment dat alle voorliggende voorzieningen op persoonlijke verzorging zijn uitgeput en is gebleken dat de zelfredzaamheid van verzoekster zoveel als mogelijk is vergroot, kan zij eventueel aanspraak maken op een PGB vv. Overigens heeft de indicierend wijkverpleegkundige verklaard dat zij zich hierin ook kan vinden en dat zij achter de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar staat.

Overwegingen commissie

- 6.4. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de verzekeraar tot 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 een 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 vv-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 indicerende wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). 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. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige 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 de verzekeraar en de 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 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 om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

6.8. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de procedurele zorgvuldigheid, zoals hiervoor in 6.6 beschreven, in het onderhavige geval slechts ten dele heeft in acht genomen. Zo is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan zijn afwijzende beslissing van 5 november 2020, contact heeft opgenomen met de verpleegkundige en haar in de gelegenheid heeft gesteld (schriftelijk) te reageren op het advies van Argonaut dan wel op de vragen die de ziektekostenverzekeraar had. Desondanks acht de commissie, in het licht van de omstandigheden van het onderhavige geval, toewijzing van het verzoek in deze naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. In dit verband hecht de commissie betekenis aan het feit dat uit het advies van Argonaut Advies blijkt dat dit kennelijk reeds op 20 oktober 2020 - derhalve voor de afwijzing op 5 november 2021 van de aanvraag PGB vv - met de verpleegkundige is besproken en deze zich kennelijk hierin kon vinden. Dit wordt bevestigd door het mailbericht van de verpleegkundige van 23 december 2021 waarin zij uitdrukkelijk te kennen geeft dat zij zich 'nog steeds' kan vinden in de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Hieruit leidt de commissie af dat het advies van Argonaut daadwerkelijk eerder met de verpleegkundige is besproken en acht de commissie het voorts zeer aannemelijk dat de verpleegkundige bij die

gelegenheid te kennen heeft gegeven zich in het advies - en daarmee de afwijzende beslissing kan vinden.

6.9. De vraag die vervolgens moet worden beantwoord, is of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag terecht heeft afgewezen. In dit verband overweegt de commissie dat uit het zorgplan en de OMAHA-aanleiding - die deel uitmaken van de onderhavige aanvraag - blijkt dat de verpleegkundige verzoekster heeft geadviseerd een fysiotherapeut, psycholoog en ergotherapeut in te zetten om haar te leren om te gaan met haar beperkingen en met hulpmiddelen. De commissie overweegt dat de inzet van andere zorgprofessionals en hulpmiddelen zogenoemde voorliggende voorzieningen zijn op verpleging en persoonlijke verzorging. Dit betekent dat de vraag of verzoekster redelijkerwijs op zorg is aangewezen en, zo ja, op welke zorg pas kan worden beantwoord als is gebleken dat haar zelfredzaamheid niet kan worden vergroot met de door de wijkverpleegkundige geadviseerde inzet van andere professionele ondersteuning en hulpmiddelen. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster - ten tijde van de onderhavige aanvraag - van deze geadviseerde inzet reeds ten volle gebruik had gemaakt. Daardoor is evenmin duidelijk welke gevolgen dit had voor de omvang van de zorgvraag van verzoekster.

6.10. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name dat het niet aannemelijk is dat de gehele zorgvraag komt te vervallen met de inzet van hulpmiddelen en dat de wijkverpleegkundige heeft verklaard dat ondersteuning bij transfers ook noodzakelijk blijft met inzet van hulpmiddelen vanwege een verhoogd valrisico, treft geen doel. In het geval van verzoekster is een indicatie gesteld voor een langere tijd, waarbij geen rekening is gehouden met de verwachte positieve effecten die de inzet van andere disciplines en hulpmiddelen hebben. Dat die effecten zullen optreden, valt af te leiden uit de verklaringen van de revalidatiearts van 30 november 2020 en 1 juli 2021. Overigens is duidelijk dat verzoekster een langdurig proces moet doorlopen, waarbij zij moet leren omgaan met haar beperkingen en de inzet van hulpmiddelen. Over het verdere verloop hiervan kon de wijkverpleegkundige ten tijde van de indicatiestelling nog niets zeggen. Hoe de wijkverpleegkundige dan toch tot haar indicatie heeft kunnen komen, is voor de commissie niet duidelijk. Afgezien hiervan stelt de commissie vast dat de wijkverpleegkundige op 23 december 2021 per e-mail heeft verklaard dat zij zich kan vinden in de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar, omdat nog niet alle geadviseerde hulpbronnen en hulpmiddelen zijn ingezet om de zelfredzaamheid van verzoekster te vergroten. Wellicht ten overvloede, merkt de commissie op dat zij - tegen de hiervoor geschetste achtergrond - kan begrijpen dat Argonaut Advies heeft geadviseerd (tijdelijk) zorg in natura in te zetten. Dit heeft immers als voordeel dat, afhankelijk van de ontwikkelingen, de zorg snel kan worden op- of afgeschaald. Het is echter aan verzoekster hierin een eigen afweging en keuze te maken.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2022

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

- 1 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
- 2 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
- 4 Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrich assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrie polikliniek. De geriatrie revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrich assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
- 5 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.28 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

- 1 De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- 3 De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
- 4 Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
- 5 U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.18, B.30 en B.31 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kindergorhuis.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op! Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.



Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- 1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
- b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient in de thuissituatie gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- 2 Een minimaal BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- 3 Bij palliatieve terminale zorg heeft de behandelend arts vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg (inclusief de vaststelling van het aanbreken van de palliatieve terminale fase) wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 4 Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreeerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel B.34;
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

- 1 Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.
- 2 U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.30 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.



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 bij 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.