



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, ingangsdatum

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202100539

Zittingsdatum : 22 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, 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 4 maart 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 23 april 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De commissie heeft geconstateerd dat het zorgplan in het dossier incompleet was. Op 10 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar - op verzoek van de commissie - een afschrift toegezonden van het zorgplan dat door hem is ontvangen bij de aanvraag van 21 februari 2020. Een kopie hiervan is op 11 augustus 2021 aan verzoeker gestuurd. Daarbij heeft de commissie opgemerkt dat het zorgplan dat van de ziektekostenverzekeraar werd ontvangen is gedateerd op 13 februari 2020, terwijl het (incomplete) zorgplan dat eerder door verzoeker was overgelegd is gedateerd op 22 januari 2020. Verzoeker is gevraagd hiervoor een verklaring te geven. Op 25 augustus 2021 heeft verzoeker per brief gereageerd. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Op 16 augustus 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021028690) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 augustus 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Op 7 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief gereageerd op het advies van het Zorginstituut en zijn standpunten nader onderbouwd. Een afschrift van deze brief is op 13 september 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 september 2021 gehoord.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 11 oktober 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat deze informatie geen aanleiding geeft het voorlopig advies aan te passen, zodat dit als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend** en Aanvullend Tand** (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 21 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoeker een aanvraag ontvangen voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juni 2020 aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 21 februari 2020 tot en met 4 juni 2020 en dat aan hem met ingang van 5 juni 2020 een PGB vv wordt toegekend op basis van 24 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 26 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij aan hem met ingang van 15 januari 2020 een PGB vv toekent op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week, in plaats van met ingang van 21 februari 2020, maar dat hij zijn beslissing voor het overige handhaaft.
- 3.5. Op 12 november 2020 heeft de behandelend ergotherapeut in een e-mail over verzoeker verklaard: *(...) Gekopieerd vanuit patiëntdossier: Met [verzoeker] eerst besproken wat er gedaan moet worden en wat het probleem is. Dhr. vertelt mij dat het probleem ligt bij de ZV. De ZV geeft aan dat dhr. geholpen wordt bij de transfers en dat de tijd die daarvoor gedeclareerd wordt korter zou moeten kunnen met een passieve tillift. Het is dus zaak om te kijken naar welke transfer het beste is voor dhr. en welke het snelst en gemakkelijkst gaat. Ik begrijp uit de woorden van dhr. dat de zorg er geen probleem van maakt dat ze hem helpen op de huidige wijze namelijk overschuiven op de billen met enige steun van de benen. Ik heb de transfer beoordeelt en ik zie dat deze veilig is en vrij makkelijk gaat, even afhankelijk van de spasticiteit die fors is in de benen van dhr. Hij kan geen voorspelling geven wanneer deze ontstaat maar hij kan er wel goed mee om gaan. Hij weet wanneer het minder wordt en hoe hij er dan mee moet handelen.*
- Na deze transfer heb ik dhr. geprobeerd te tillen met een passieve tillift met een tilmat. Dat was een heel ander verhaal, zodra ik de mat onder dhr zijn benen aanbreng reageert zijn spasme gelijk en strekt dhr. onwillekeurig zijn been helemaal uit en verandert daardoor zo van positie dat hij niet meer goed in de mat zit. Het duurt uiteindelijk lang voor ik de mat onder het eerste been heb geschoven. Dan moet het tweede been nog gedaan worden. Die geeft hetzelfde effect als het eerste been. In de mat hangend is het strekspasme zo hevig dat dhr. bijna uit de mat valt zo sterk is zijn spasmen.*
- Staan op spasme met een sta-apparaat type Turner hebben we ook nog geprobeerd maar dit lukte niet omdat dhr. zijn knieën naar buiten worden gedrukt en hij naar beneden zakt*
- Tillen met de mat en de Turner zijn geen betere optie's dan het overschuiven van bed naar rolstoel en terug. Met de passieve tillift duurde het aanzienlijk langer en was het bovendien echt onveilig. Ik zou dhr. en dus ook de ZV aanraden om de transfer te maken door te schuiven van rolstoel naar bed. (...)"*
- 3.6. Verzoeker heeft een nieuwe indicatie laten stellen en vervolgens een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv op basis van 27 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging per week, met als ingangsdatum 28 december 2020.

- 3.7. Op 6 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mail verzonden aan de indicierend wijkverpleegkundige. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier van belang:
"(...) Wij hebben elkaar net gesproken over de aanvraag van [verzoeker].

De nieuwe indicatie wordt 23 uur persoonlijke verzorging

*- De wondverzorging van de decubitus wordt er 10 minuten per dag in mindering gebracht op de geïndiceerde tijd. Uit ons gesprek is naar voren gekomen dat de verwachting is dat deze wond binnen een jaar genezen is. Daarom kan dit niet vergoed worden vanuit een Zvw-pgb. U vindt hierover meer informatie in ons Zvw-pgb Reglement 2020 artikel 2.2.
- De tijd voor het aan en uitkleden is ruim geïndiceerd. Meneer kan zijn bovenlichaam zelfstandig wassen en aan/uitkleden. U geeft aan dat 15 minuten per keer voldoende is voor dit zorgmoment. Informatie over de tijdsindicatie vindt u in ons Reglement 2020 artikel 5.4. Wij bieden daarom 30 minuten per dag in mindering op de geïndiceerde tijd.*

Wilt u een bevestiging sturen

Dan weten wij dat u het eens bent met de wijzigingen in de aanvraag. (...)"

- 3.8. In reactie op het voornoemde e-mailbericht heeft de indicierend wijkverpleegkundige op 6 januari 2021 per e-mail verklaard:
*"(...) Beste [ziektekostenverzekeraar],
Met deze e-mail bevestig ik de aanpassingen voor de herindicatie. Hoop u voldoende op de hoogte gesteld te hebben.*

*Met vriendelijke groet,
[naam]
Wijkverpleegkundige (...)"*

- 3.9. Op 6 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend met ingang van 28 december 2020 op basis van 23 uren persoonlijke verzorging per week.

- 3.10. Op 16 augustus 2021 heeft het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie verklaard:
"(...) Het dossier bevat de PGB vv aanvraag met het daarbij behorende zorgplan. Ook bevat het dossier een brief van de ergotherapeut van verzoeker. In het dossier is de PGB aanvraag met het daarbij behorende zorgplan aanwezig.

De zorg met betrekking tot de transfers wordt minimaal beschreven in het zorgplan. Op basis van de informatie in het zorgplan kan niet vastgesteld worden hoe de transfers plaatsvinden. Verweerder heeft een deel van de geïndiceerde zorg met betrekking tot transfers toegekend. Hiermee erkent verweerder dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan voor geschillen overeen PGB vv slechts beoordelen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan niet beoordelen hoeveel uren zorg geïndiceerd zouden moeten worden.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat de behoefte van verzoeker aan transfers evident lijkt, maar dat de benodigde tijd niet beoordeeld kan worden op basis van de beschikbare informatie. Het is aan de indicierend verpleegkundige om per individueel geval vast te stellen hoeveel tijd nodig is voor het uitvoeren van een handeling. Als het verweerder niet duidelijk is waarom voor een handeling een bepaalde tijdsduur is geïndiceerd kan verweerder in overleg treden met indicierend verpleegkundige om een en ander te verhelderen. Dit is in het geval van verzoeker niet gebeurd.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel uren zorg met betrekking tot de transfers verzoeker aanspraak kan maken. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een PGB vv toe te kennen op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 5 juni 2020 tot en met 27 december 2020;
(ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een PGB vv toe te kennen op basis van 27 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging per week met ingang van 28 december 2020.
- 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.18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft met betrekking tot de eerste aanvraag - die ziet op de periode van 15 januari 2020 tot en met 27 december 2020 - aangevoerd dat hij was aangewezen op minimaal 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week om in zijn zorgbehoeftes te voorzien. De ziektekostenverzekeraar schrijft in de brief van 18 augustus 2020 dat verzoeker met minder uren uit kan komen, omdat hij tijdens het maken van transfers gebruik kan maken van een tillift. Uit eerdere pogingen is echter gebleken dat de huidige manier van het maken van transfers in de situatie van verzoeker het meest veilig en efficiënt is. Dit wordt bevestigd door de behandelend ergotherapeut. De ziektekostenverzekeraar is op dit punt dan ook ten onrechte afgeweken van de gestelde indicatie. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk wél een PGB vv heeft toegekend op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week, maar dat dit uit coullance zou zijn. Verzoeker begrijpt niet wat hiervan de onderliggende reden is.
- 6.3. Ten aanzien van de tweede aanvraag - die ziet op de periode vanaf 28 december 2020 - schrijft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 6 januari 2021 dat van de gestelde indicatie is afgeweken, omdat teveel tijd is geïndiceerd voor hulp bij het aan- en uitkleden. Dit wordt door verzoeker betwist, waarbij hij er op wijst dat het niet aan de ziektekostenverzekeraar is om eigenmachtig de gestelde indicatie te verlagen. In dit verband verwijst hij naar verschillende bindende adviezen van de commissie (GcZ, 27 januari 2021, SKGZ202000208 - GcZ, 3 december 2020, SKGZ202000897 - GcZ, 20 november 2020, SKGZ202001594 - GcZ, 8 januari 2020, SKGZ201801630). De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar gesteld dat de verlaging van de indicatie heeft plaatsgevonden na overleg met de indicerend wijkverpleegkundige, maar dit heeft hij volgens verzoeker onvoldoende aannemelijk gemaakt. De authenticiteit van het e-mailbericht dat in dit verband door de ziektekostenverzekeraar is overgelegd, wordt door verzoeker bestreden. Hieruit blijkt niet waar het bericht vandaan komt - er is geen e-mailadres vermeld - en het is geen afschrift uit een mailsysteem.

Voorts heeft de indicierend wijkverpleegkundige telefonisch verklaard dat zij nooit zonder overleg met verzoeker van een indicatie zou afwijken en zeker niet uitsluitend op verzoek van de ziektekostenverzekeraar. Het bedoelde overleg heeft echter nooit plaatsgevonden en verzoeker heeft nooit zijn akkoord gegeven voor de aanpassing van het zorgplan, terwijl dit laatste wel een vereiste is.

Standpunt ziektekostenverzekeraar


- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aanvankelijk 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week is geïndiceerd. De gestelde indicatie is gevolgd op de onderdelen ADL in de ochtend (4:40), ADL in de avond (2:20), incontinentiezorg (4:40), huidzorg (1:10), wondverzorging (1:10) en het aan- en uittrekken van steunkousen (3:30). Voor het maken van transfers zijn 14 uren persoonlijke verzorging per week aangevraagd (6x 20 minuten per dag). Verzoeker maakt bij het maken van transfers geen gebruik van hulpmiddelen. Daardoor is sprake van niet-doelmatige zorg. Om die reden is per transfer 10 minuten per keer toegekend, in plaats van 20 minuten. Dit komt neer op een totaal van 7 uren per week. Om die reden is een PGB vv toegekend op basis van 24 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week. Vanwege de lange verwerkingstijd van de aanvraag is verzoeker niet eerder dan op 4 juni 2020 geïnformeerd over het toekennen van een lager aantal uren. Om die reden is besloten verzoeker onverplicht tegemoet te komen en aan hem van 15 januari 2020 tot en met 4 juni 2020 een PGB vv toe te kennen op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 december 2020 een nieuwe aanvraag van verzoeker ontvangen. Hieruit blijkt dat 27 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging per week zijn geïndiceerd. Over deze indicatie heeft contact plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige. Deze heeft op 6 januari 2021 ingestemd met verlaging van de indicatie ter zake de zorg die is geïndiceerd voor het verzorgen van een wond (10 minuten per dag) en ter zake de zorg die is geïndiceerd voor het aan- en uitkleden (30 minuten per dag). Overeenkomstig de aangepaste indicatie is een PGB vv aan verzoeker toegekend op basis van 23 uren persoonlijke verzorging per week.

Overwegingen

- 6.6. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker recht heeft op een PGB vv op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 15 januari 2020 tot en met 4 juni 2020. Of deze toekenning gedeeltelijk een onverplicht karakter had, kan verder in het midden blijven. Tevens is niet in geschil dat verzoeker ook ná 4 juni 2020 recht heeft op een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft immers op respectievelijk 5 juni 2020 en 6 januari 2021 een PGB vv aan hem toegekend. Partijen verschillen echter wel van mening over de hoogte van het PGB vv dat aan verzoeker is toegekend.
- 6.7. Uit de eerste aanvraag - door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 21 februari 2020 - blijkt dat een PGB vv wordt aangevraagd op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week. In afwijking van de gestelde indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar met ingang van 5 juni 2020 een PGB vv toegekend op basis van 24 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar is namelijk van oordeel dat teveel tijd is geïndiceerd voor de ondersteuning bij het maken van transfers, omdat hiervoor hulpmiddelen kunnen worden ingezet. In zijn optiek is om die reden sprake van niet-doelmatige zorg. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Hoewel de inzet van hulpmiddelen in sommige gevallen kan leiden tot het vergroten van de zelfredzaamheid van een verzekerde of tot een efficiëntere inzet van zorg, is gebleken dat dit in het geval van verzoeker niet zo is. Uit de verklaring van de behandelend ergotherapeut volgt immers dat met verzoeker verschillende hulpmiddelen zijn geprobeerd om de transfers uit te voeren, maar dat is gebleken dat deze hulpmiddelen minder veilig en efficiënt zijn vanwege de spasmes die verzoeker ervaart.




De commissie ziet geen aanleiding om de bevindingen van de behandelend ergotherapeut in twijfel te trekken en gaat ervan uit dat deze door de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling zijn betrokken. Dit betekent dat dit geen gegronde reden kan zijn voor de ziektekostenverzekeraar om van de gestelde indicatie af te wijken.

- 6.8. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat onvoldoende is onderbouwd dat de geïndiceerde 14 uren voor hulp bij transfers onvoldoende is onderbouwd. In dit verband overweegt de commissie dat er geen normtijden gelden binnen het PGB vv ten aanzien van bepaalde vormen van zorg. Het is dan ook aan de indicierend wijkverpleegkundige te onderbouwen op welke zorg een verzekerde is aangewezen en hoeveel tijd hiermee gemoeid is. Als hierover onduidelijkheid bestaat, staat het de ziektekostenverzekeraar vrij hierover contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige. Op basis van de verkregen informatie kan de ziektekostenverzekeraar vervolgens beoordelen of sprake is van doelmatige zorg. Voor niet-doelmatige zorg hoeft immers geen PGB vv te worden toegekend. In dat geval dient de ziektekostenverzekeraar echter wel te onderbouwen hoe hij tot dit oordeel is gekomen. Dit staat vermeld in artikel 5.11 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat een zodanige onderbouwing ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts aangevoerd dat hij van oordeel is dat teveel tijd is geïndiceerd. Hoe hij tot deze conclusie is gekomen is niet duidelijk. Evenmin is gebleken dat hij hierover contact heeft gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar op dit onderdeel niet van de gestelde indicatie mocht afwijken.
- 6.9. Uit de tweede aanvraag - door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 28 december 2020 - volgt dat een PGB vv wordt aangevraagd op basis van 27 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging per week. Uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat op 6 januari 2021 contact heeft plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie en dat zij heeft besloten deze te verlagen naar 23 uren persoonlijke verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft overeenkomstig de verlaagde indicatie een PGB vv aan verzoeker toegekend. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden een ander of hoger PGB vv aan hem toe te kennen.
- 6.10. Hetgeen verzoeker in dit verband heeft aangevoerd, met name dat de authenticiteit van het e-mailbericht van de wijkverpleegkundige van 6 januari 2021 in twijfel moet worden getrokken, acht de commissie niet overtuigend. Het e-mailbericht is verzonden vanaf het e-mailadres dat door de wijkverpleegkundige in de aanvraag is vermeld en is tevens door haar ondertekend. Dat de wijkverpleegkundige telefonisch - naar de commissie begrijpt aan verzoeker, dan wel diens vertegenwoordiger - zou hebben verklaard nooit zonder overleg met de cliënt een indicatie aan te passen doet aan het voorgaande niet af, maar is bovendien niet door verzoeker met nadere stukken en/of schriftelijke verklaringen onderbouwd. Ook anderszins heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat het e-mailbericht van 6 januari 2021 niet van de indicierend wijkverpleegkundige afkomstig is. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, te weten dat de indicatie en het zorgplan slechts kunnen worden aangepast na overleg en akkoord van hem, treft geen doel. Het is de verantwoordelijkheid van de indicierend wijkverpleegkundige om als onafhankelijke partij een indicatie te stellen voor verpleging en/of persoonlijke verzorging. Hoewel het in de rede ligt dat de indicierend wijkverpleegkundige verzoeker informeert over de gestelde indicatie, dan wel de aanpassing hiervan, is hiervoor geen toestemming vereist van verzoeker.
- 6.11. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar - overeenkomstig de eerste aanvraag - is gehouden aan verzoeker een PGB vv toe te kennen op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 15 januari 2020 tot en met 27 december 2020. Met ingang van 28 december 2020 heeft verzoeker - overeenkomstig de tweede aanvraag en de latere aanpassing hiervan door de indicierend wijkverpleegkundige - recht op een PGB vv op basis van 23 uren persoonlijke verzorging per week.

 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie beslist dat:

-  (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv moet toekennen op basis van 31 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week van 5 juni 2020 tot en met 27 december 2020;
-  (ii) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden aan verzoeker met ingang van 28 december 2020 een ander of hoger PGB vv toe te kennen dan op basis van 23 uren persoonlijke verzorging per week;
-  (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

 Zeist, 13 oktober 2021,

 A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de toekenning en het declareren van het Zvw-pgb. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

Bij tegenstrijdigheden tussen de polisvoorwaarden en het PGB-reglement heeft dit PGB-reglement voorrang.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel B29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit de meest recente versie van:

- a) De Zorgverzekeringswet;
- b) het Besluit zorgverzekering;
- c) de Regeling zorgverzekering;
- d) de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e) interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- f) de bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan het gewijzigde artikel 2.15a van het Besluit.

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis en Principe Polis Budget;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoert. Dat is One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden indien er zwaarwegende omstandigheden zijn die hiertoe aanleiding geven, zoals wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen of andere zaken.

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

- 1 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.

Let op! Onder 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, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op 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 ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 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/of verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);

- 2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Zvw, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b u was binnen een periode van 5 jaar voorafgaand aan het indienen van de 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-rgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;
 - e u bent aangemeld bij het CAK (Centraal Administratie Kantoor) vanwege een premieachterstand, of er sprake is van opschorting van de premiebetaling bij het CAK;
 - f u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wvsn), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - g u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
- 3 dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-rgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 8 Verplichtingen;
- 4 dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- 5 dat u naar ons oordeel op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunt motiveren dat u de zorg via een Zvw-rgb geleverd wil en kan krijgen. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.

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-rgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb.

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

- 1 als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-rgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-rgb;
- 2 u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
- 3 uw vrijheid is ontnomen;
- 4 u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) "bewuste keuze gesprek" en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
- 5 uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-rgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
- 6 u zorg inkoop bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
- 7 u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
- 8 uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wvsn) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wvsn), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - f heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - g biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-rgb verbonden verplichtingen.
- 9 Er wordt geen Zvw-rgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen: gebruikelijke zorg) en wat u en uw naasten zelf kunnen doen. 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.

Artikel 5 aanvraag Zvw-rgb

- 1 Uw aanvraag voor een Zvw-rgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-rgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-rgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-rgb.
- 2 Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of zorginhoudeijk adviseur.

- 3 a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid heeft opgesteld.
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde HBO kinder-verpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie INtegrale 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 gesteld te worden in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
- 4 De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
- 5 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 wordt uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde 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. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.3.
- 6 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. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
- 7 Is er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
- 8 Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
- 9 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, 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 gecontracteerde zorgverlener is.
- 10 Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel B29 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
- 11 Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij 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 om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatiesteller (intervisie) en na overleg past de 1e indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 5.3a, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen.
- 12 Op het aanvraagformulier dient u aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
- 13 Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer gebruik maken 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. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.
- 14 Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
 - a De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast.
 Een combinatie van zorgverlening door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en zorg via een Zvw-pgb is niet mogelijk.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 1 De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag 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 4 weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie. Wanneer uit de herindicatie blijkt dat uw zorgvraag is veranderd, dan gaat de wijziging van het Zvw-pgb in, op de dag dat de wijkverpleegkundige de wijziging heeft vastgesteld.

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 (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch 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 kinderdagverblijf.

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-geregisteerde 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-geregisteerde 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-geregisteerde 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-geregisteerde 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-geregisteerde 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 blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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