



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), tarief, formeel/informeel, terugvordering

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016-2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29 a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2018

Zaaknummer : 201802182

Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 27 maart 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 juni 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 20 juni 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was van 2016 tot en met 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering CZ 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is bekend met de ziekte van Alzheimer. Hij heeft sinds 2 december 2016 een PGB vv. De zorg wordt verleend door zijn dochter.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 november 2018 aan verzoeker meegedeeld dat is gebleken dat de kosten van zorg ten laste van het PGB vv zijn gedeclareerd alsof de zorg is verleend door een formele zorgaanbieder. Dit terwijl de zorg is verleend door de dochter van verzoeker. Omdat sprake is van bloedverwantschap in de eerste graad, mag deze zorg alleen als informele zorg worden gedeclareerd. Daarom wordt het verschil tussen beide tarieven van verzoeker teruggevorderd.
Bij brief van 15 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij € 22.755,68 moet terugbetalen. Bij brief van 29 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker zijn beslissing nader toegelicht.
- 3.4. Verzoeker heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd in deze zaak te bemiddelen. In dit kader heeft de ziektekostenverzekeraar voornoemde beslissing heroverwogen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 maart 2019 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de vordering van € 22.755,68 moet laten vervallen.
- 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 brengt daarover bindend advies uit, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 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 en bepalingen uit het Reglement Zvw-PGB van de ziektekostenverzekeraar opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker voert aan dat bij de aanvraag duidelijk is vermeld dat de zorg wordt verleend door zijn dochter. De ziektekostenverzekeraar wist dus dat sprake was van zorgverlening door een bloedverwant in de eerste graad. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet ervoor gewaarschuwd dat in dit geval het informele tarief moest worden gedeclareerd. Anderzijds dacht de dochter van verzoeker dat zij het formele tarief mocht declareren, omdat zij een AGB-code heeft en met een 'thuiszorgcode' is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel. Bovendien heeft verzoeker de ziekte van Alzheimer. Daarom is het niet reëel dat de ziektekostenverzekeraar hem als budgethouder hiervoor verantwoordelijk houdt.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij heeft geconstateerd dat verzoeker vanaf december 2016 zorg ontvangt van zijn dochter. Deze zorg is door verzoeker gedeclareerd als formele zorg met de AGB-code van de pedicurepraktijk van zijn dochter. Dit is in strijd met het Reglement Zvw-PGB. Op grond van dit reglement wordt de dochter gezien als informele zorgverlener. Voor een informele zorgverlener geldt een lagere vergoeding dan voor een formele zorgverlener. Verzoeker is als budgethouder verantwoordelijk om in overeenstemming met het reglement te declareren. In de toekenningsbeslissing van het PGB-vv is het maximumtarief genoemd. Dit is het tarief voor formele zorg. Hierbij is een sterretje gezet, waarbij wordt verwezen naar de toelichting die staat vermeld op de achterkant van de beslissing. Een budgethouder kan namelijk op elk moment besluiten om geheel of gedeeltelijk te wisselen van zorgverlener(s) en ook tussen informele en formele zorgverleners, hetgeen gevolgen heeft voor het tarief. Het genoemde maximumbedrag is dus niet automatisch het budget waarop betrokkene recht heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft het verschil tussen het gedeclareerde tarief voor formele zorg en het tarief voor informele zorg over de periode van december 2016 tot en met 31 december 2018 teruggevorderd. Dit is een bedrag van € 22.755,68. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de budgethouder verantwoordelijk is voor het declareren van de zorg volgens de voorwaarden van het Reglement Zvw-PGB. Ook als iemand wordt geholpen bij het nakomen van zijn verplichtingen en hierbij iets verkeerd gaat, spreekt de ziektekostenverzekeraar de budgethouder aan. De ziektekostenverzekeraar heeft immers alleen met deze een rechtstreekse overeenkomst. Het feit dat iemand de ziekte van Alzheimer heeft, maakt niet dat in dit geval de terugvordering onterecht is opgelegd.

6.4. De commissie overweegt het volgende. Vaststaat dat de zorg in kwestie is verleend door de dochter van verzoeker. Een dochter is een bloedverwant in de eerste graad. In artikel 7.2, derde lid, sub a, van het Reglement Zvw-PGB van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat een bloedverwant in de eerste graad als een informele zorgverlener wordt beschouwd. Op grond van het tweede lid van dit artikel kan de budgethouder maximaal € 23,- per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging door een informele zorgverlener. De hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde PGB vv en het maximaal te declareren tarief met betrekking tot de in het geding zijnde periode is door verzoeker niet bestreden, waarmee vaststaat dat dit € 22.755,68 bedraagt.

6.5. In artikel 3, derde lid, van het Reglement Zvw-PGB is bepaald dat de budgethouder in staat moet zijn de aan het PGB verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Hieruit volgt dat de budgethouder, in dit geval verzoeker, ook verantwoordelijk is voor de aan het PGB verbonden taken en verplichtingen, zoals het op juiste wijze declareren van de kosten van de zorg. Dat verzoeker de ziekte van Alzheimer heeft, maakt het voorgaande niet anders. Als hij door zijn ziekte niet (meer) in staat is het PGB-vv zelf te beheren, lag het op zijn weg tijdig een vertegenwoordiger aan te wijzen die dit voor hem doet.

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker ten onrechte het formele tarief heeft gedeclareerd voor de door zijn dochter verleende zorg;
- (ii) verzoeker gehouden is het bedrag van € 22.755,68 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen.

Zeist, 14 augustus 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

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

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U moet aan alle van de volgende voorwaarden voldoen:

1. U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in art. 2.1 en 2.2. van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden;
2. U bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. 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, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnr) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.
3. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
4. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

Artikel 4: Weigeringsgronden

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

3. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
4. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg;
5. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd. Als u in 2015 al met uw zorgverlener een vast maandloon heeft afgesproken, mocht u uw zorgverlener echter tijdelijk nog een vast maandloon betalen. Op 1 juli 2017 vervalt deze tijdelijke uitzondering. Met ingang van 1 juli 2017 mag u geen enkele zorgverlener meer een vast maandloon betalen.
6. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
7. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2.1 en 2.2. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit van het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 38,64 per uur
 - Verpleging : € 57,12 per uur
 - MSVT : € 57,12 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,- per uur declareren voor persoonlijke verzorging, verpleging en MSVT.¹
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in art. 7.2.1.genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

¹ Dit is een maximumbedrag. Indien er sprake is van loondienst

stige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB.

Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens met multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

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

Zorgverlener

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

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5d Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.
- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de klinisch fysicus of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5d Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

Verwijzing

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

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als verblijf langer duurt dan 1 jaar, hebt u een akkoordverklaring van ons nodig. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

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

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

"Intensieve kindzorg"

Voor verzekerden tot achttien jaar valt de verzorging alleen onder de dekking als sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Integrale zorg

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een pgb inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7..
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.

Voorwaarden

Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, daaronder valt ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen

worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continue betrokken bij de zorg en bepaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daartoe, afhankelijk van welke zorg wordt geleverd, ten minste een persoon in dienst die een AGB-code "Verpleegkundige niveau 4 of 5" of "Verzorgende niveau 3" heeft. U kunt bij ons navragen of dat zo is.

Verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist.

Als het gaat om verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist, wordt de zorg verleend door een verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De verpleegkundige moet BIG-geregistreerd zijn en in verband met de aandoening waarvoor de zorg nodig is, over voldoende bekwaamheid (bijvoorbeeld door periodieke (bij)scholing en instructiebijeenkomsten) beschikken.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). De indicatie wordt gesteld aan de hand van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vervat in een zorgplan.

De indicatie voor verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist wordt gesteld door de medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een wijkverpleegkundige, huisarts of medisch specialist. U kunt ook zonder verwijzing een zorgverlener benaderen voor het stellen van een indicatie.

Als het gaat om verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe

reglement Zvw-pgb

- | |
|---|
| 3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen zijn, óf |
| 4. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden. |

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan <u>alle</u> van de volgende voorwaarden:
1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden gerekend vanaf de datum van ondertekening door de wijkverpleegkundige.
2. u bent naar ons oordeel in staat met het PGB 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: <ul style="list-style-type: none">a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden ondanks dat u daarvoor wellicht al een betalingsregeling hebt afgesproken met ons.;e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een PGB geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

8. Het niet voldoen aan de voorwaarden voor declareren kan ertoe leiden dat wij declaraties (achteraf) afwijzen.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
<ul style="list-style-type: none">• Persoonlijke verzorging : € 38,28 per uur• Verpleging : € 56,64 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,00 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
b. niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86.87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelregister
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in art. 7.2.1.genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

7.3 Overige bepalingen t.b.v declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.

Artikel 2 Doelgroep pgb vv

Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

1. U bent jonger dan 18 jaar en er sprake is van verpleging en/of verzorging door complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:
 - er is behoefte aan permanent toezicht, of
 - er moet 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar zijn. Deze zorg moet gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen;

Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg genoemd.

2. U bent jonger dan 18 jaar en bent aangewezen op verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg. Hiertoe dient u te beschikken over een indicatiestelling van de medisch specialist.
3. U bent langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen.
4. U bent op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren, zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgverlener en controleren met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap.
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd 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.

Artikel 3 Toegang tot het pgb verpleging en verzorging

Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

Artikel 7 Hoe kunt u declareren?

7.1 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor informele zorgverleners en formele zorgverleners.

Informele zorgverleners zijn zorgverleners die:

- o uw partner of een familielid in de 1^e of 2^e graad zijn en/of
- o niet zijn ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of
- o geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelregister.

U kunt voor deze informele zorgverleners maximaal € 23,- per uur voor verpleging, verzorging of MSVT declareren.

Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de hieronder genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

Persoonlijke verzorging	€ 38,56 per uur
Verpleging	€ 57,08 per uur
MSVT voor kinderen tot 18 jaar	€ 56,39 per uur

7.2 De kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg kunt u niet vanuit het pgb declareren. Deze kosten vallen vanaf 1 januari 2016 onder de aanspraak zittend ziekenvervoer zoals bedoeld in artikel B.18 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering.

7.3 Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.

7.4 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum pgb vv die in uw akkoordverklaring staat vermeld.

7.5 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw pgb vv een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb vv aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden. Wij adviseren u dan ook om de geïndiceerde uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw budget.

7.6 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. Dit geldt niet indien artikel 7.14 van toepassing is.

ve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

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

Verwijzing

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

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als verblijf langer duurt dan 1 jaar, hebt u een akkoordverklaring van ons nodig. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

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

Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

B.26. Wijkverpleging

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

Zorg: waar hebt u recht op?

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

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

De zorg betreft ook verzorging van minderjarigen met een complexe somatische aandoening en / of

een lichamelijke handicap met een behoefte aan permanent toezicht en zorg in de nabijheid, behalve als deze verzorging is gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Integrale zorg

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Omvat de zorg verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)? Dan valt die zorg onder de Jeugdwet.

Voorwaarden

Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging

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

Zorgverlener

Algemeen

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

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daartoe, afhankelijk van welke zorg wordt geleverd, ten minste één persoon in dienst die een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" heeft. U kunt dit bij ons navragen.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). De indicatie wordt gesteld aan de hand van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een wijkverpleegkundige, huisarts of medisch specialist. Voor het stellen van een indicatie kunt u een zorgverlener benaderen ook zonder dat u over een verwijzing beschikt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

Tarieven

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

Plaats

De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Er moet vaststaan dat:

- er een acuut en aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf; en
- terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg voor maximaal 3 maanden. Deze maximum duur is niet van toepassing op palliatief terminale zorg. In bijzondere gevallen kunnen we een langere periode toestaan;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

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

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

"Intensieve kindzorg"

Voor verzekerden tot achttien jaar valt de verzorging alleen onder de dekking als sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Integrale zorg

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met opname.

- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7..
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.

Voorwaarden

Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, daaronder valt ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie aan te passen.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

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

Verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist.

Als het gaat om verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist, wordt de zorg verleend door een verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De verpleegkundige moet BIG-geregistreerd zijn en in verband met de aandoening waarvoor de

zorg nodig is, over voldoende bekwaamheid (bijvoorbeeld door periodieke (bij)scholing en instructiebijeenkomsten) beschikken.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vervat in een zorgplan.

De indicatie voor verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist wordt gesteld door de medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een wijkverpleegkundige, huisarts of medisch specialist. U kunt ook zonder verwijzing een zorgverlener benaderen voor het stellen van een indicatie.

Als het gaat om verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist is geen aparte verwijzing nodig.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (u kunt hierbij denken aan bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemangement dementie). Wanneer u deze zorg nodig hebt, adviseren wij u contact op te nemen met onze afdeling Zorgservice, zodat zij u kunnen helpen een passende zorgverlener te vinden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.