



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, geneeskundige context, depressie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv , voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202001671

Zittingsdatum : 3 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 oktober 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 29 december 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 25 januari 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020056160) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 26 januari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 maart 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 9 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Optimaal Aanvullend 1 en Aanvullend Tand* (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoeker is op 6 oktober 2019 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 12 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.3. In het zorgplan - dat deel uitmaakt van de hiervoor genoemde aanvraag - heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoeker verklaard:
*"(...) Sinds 2014 heeft dhr ziekteverschijnselen passend bij hepatitis B&C. Dit uit zich in verminderde mobiliteit, pijnlijke en opgezwollen ledematen met name in de handen en voeten. In 2017 heeft dhr. een depressie gekregen dat gepaard gaat met geheugen problemen hiervoor slijkt dhr. nog steeds anti-depressiva. Dhr. heeft een elektrische cardioversie gehad voor hartritmestoornissen. Dhr. is vermoeid, lusteloos, misselijk, en heeft verminderde spierkracht.
(...)"*

Huidige situatie: veel moeite met wassen en aankleden, veel moeite met de dagelijkse mondzorg en voetzorg.

(...)

P: Zelfzorg tekort

E: Psychische klachten, Hepatitis B&C

S: Verminderde mobiliteit, pijnlijke en gezwollen ledematen

Doel: werken naar zelfredzaamheid en zoveel mogelijk zelf doen.

Dhr. gebruikt antidepressiva, dit houdt de situatie stabiel maar bevordert niet. Daarnaast heeft dhr. fysiotherapie aan huis, maar voelt zich op veel dagen niet goed om hier aan deel te nemen. Familie ondersteunt hem dan in waar hij zorg nodig is.

(...)

Huidige situatie: veel moeite met transfers / slechte mobiliteit / groot risico op vallen

(...)

P: Verminderde mobiliteit

E: Hepatitis B&C

S: Pijnlijke en opgezwollen ledematen waardoor dhr. de transfers niet zelfstandig kan maken.

Dhr. ligt veel op de bank. Dhr. geeft aan lichamelijk achteruit te gaan door spierpijn, misselijkheid, duizeligheid, vermoeidheid en verminderde spierkracht in de ledematen. Doel is om dagelijks onder begeleiding van de zoon een eindje te wandelen. In de loop van de dag neemt de oedeemvorming toe in de handen waardoor hij in de fijne motoriek beperkt wordt. Dhr. heeft fysiotherapie gehad voor zijn handen. Heeft huiswerk oefeningen meegekregen om dit thuis te oefenen. Oefeningen hebben niet veel geholpen. Volgend jaar is de bedoeling dat hij ook een soort massage krijgt om hem te helpen met het verbeteren van de beweeglijkheid en vocht te reduceren in de handen.

(...)

Huidige situatie: vaak geen volledige inname volgens dosering/schema of het is nauwelijks bekend of cliënt in staat is om medicatie in te nemen zonder hulp, of dat deze hulp krijgt.

(...)

P: Inadequate medicatie inname

E: Geheugenproblematiek tgv depressie

S: Vergeten medicatie in te nemen

Doel: dhr. op tijd zijn medicatie laten innemen. Dhr. is niet in zelf om dit zelf te pakken door de oedeem in handen en heeft hier pijn van. Indien bovenstaande therapie gaat helpen, zou hij dit zelfstandig kunnen gaan oefenen.

(...)

- Begeleiden: dagelijks ondersteuning bij transfers in- en uit bed. Dhr. blijven stimuleren om taken zelfstandig uit te voeren. Duur: 01:10.

- Begeleiden: ondersteuning transfers, van bed, stoel, toilet, trap, etc. Dhr. blijven stimuleren om transfers eerst zelfstandig te proberen. Duur: 03:30.

- Uitvoeren: ochtend, middag en avond de medicatie aanreiken. Indien therapie aanslaat, waardoor vocht verminderd situatie opnieuw bekijken en dhr. zelfstandig de medicatie laten proberen. Duur: 01:45.

- Begeleiden: dagelijks hulp bij aan- en uitkleden. Duur: 02:20.

- Begeleiden: dagelijks hulp bij wassen of douchen. Duur: 03:30. (...)"

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 maart 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dataan hem tijdelijk een PGB vv wordt toegekend op basis van 12 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week, omdat de beoordeling van de aanvraag langer duurt dan gebruikelijk.

3.5. Op 14 mei 2020 en 27 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail een aantal vragen gesteld aan de indicierend wijkverpleegkundige. Omdat deze op dat moment met zwangerschapsverlof was, heeft de waarnemend wijkverpleegkundige hierop als volgt gereageerd:

(...) Wat zijn de verpleegkundige diagnoses en de beperkingen van mevrouw? Uit het zorgplan kan ik niet goed halen waarom de zorg nodig is zoals ingezet. Kunt u toelichten waarom mevrouw de zelfzorg niet kan doen? Zoals ik het nu lees, lijkt de depressie van meneer leidend?

Echtgenote kan de zorg niet op zich nemen van haar echtgenoot, [verzoeker], omdat zij aan een zware depressie lijdt. Zij wordt behandeld met zware medicatie en staat onder behandeling bij de psychiater in Hardenberg. Tevens heeft mw. diabetes en is een hartpatiënt. Zoon neemt ook deels de zorg op zich van zijn moeder als hij bij [verzoeker] is. Echtgenote heeft genoeg aan zichzelf en is niet in staat om de zorg op te nemen van haar echtgenoot. Dat is de reden dat de zoon de volledige zorg van zijn vader opneemt.

Wat kan meneer zelfstandig op het gebied van zelfzorg? U geeft aan dat er hulp bij het wassen en aankleden, transfers nodig is. Kan meneer een deel van deze zorg zelf? En waar is precies overname bij nodig?

Persoonlijke zorg - ADL en PDL

P: Zelfzorg tekort bij ADL (Alle persoonlijke verzorging: uit- en aankleden, wassen, douchen, scheren, naar bed brengen en uit bed halen, mondverzorging (probeert zelf).

E: Depressie, geheugenstoornis, restverschijnselen van Hepatitis B&C.

S: Verminderde mobiliteit, pijnlijke en gezwollen ledematen, heel zwak in handelen, kan niks uit- en aantrekken (zoals aantrekken van sokken wil niet). Verminderde fijne motoriek, moeite met vasthouden, snel vermoeid na een kleine handeling.

DOEL: Zelfredzaamheid behouden en dhr zoveel mogelijk zelf laten doen. Samen kleren uit- en aantrekken, maar het grote deel neemt de zoon dit op zich, omdat de handeling alleen niet lukt. Dhr. gebruikt medicatie om het opzwellen van de ledematen zoveel mogelijk tegen te gaan, maar in de loop van de dag neemt de zwelling toe en dit belemmert de fijne motoriek nog meer. Mondverzorging probeert dhr zelfstandig uit te voeren. Dit lukt de ene dag beter dan de andere dag.

Mobiliteit en vallen

P: Verminderde mobiliteit.

E: Restverschijnselen van Hepatitis B&C.

S: Pijnlijke en opgezwollen ledematen waardoor dhr. de transfers erg moeizaam gaan, dhr. geeft aan lichamelijk achteruit te gaan door spierpijn, misselijkheid, duizeligheid, vermoeidheid en verminderde spierkracht in de ledematen, snel vermoeid na een kleine handeling. In de loop van de dag neemt de oedeemvorming toe in de handen waardoor hij in de fijne motoriek nog meer beperkt wordt. Dhr. heeft fysiotherapie gehad voor zijn handen. Heeft huiswerk oefeningen meegekregen om dit thuis te oefenen. Maar de oefeningen hebben niet geholpen.

DOEL: Dagelijks onder begeleiding van zoon een stukje wandelen. Zelfredzaamheid wordt bevorderd doordat dhr. dagelijks een klein stukje zelfstandig gaat lopen met een hulpmiddel (rollator). Na de corona maatregelen staat op de planning dat dhr. een soort massage krijgt om hem te helpen met het verbeteren van de beweeglijkheid en vocht te reduceren in de handen.

Zijn er hulpmiddelen geprobeerd of al ingezet? Ik lees dat meneer ondersteuning krijgt bij wassen, kleden, in en uit bed, medicatie en transfers. Voor deze handelingen zijn steeds meer hulpmiddelen beschikbaar. Is hier al op ingezet en zo ja hoe?

Zie hierboven wat betreft ADL en transfers. Zie hieronder medicatie en eten en drinken.

Medicatie

P: Inadequate medicatie inname.

E: Geheugenproblematiek tgv depressie, pijnlijke en opgezwollen ledematen, verminderde fijne motoriek.

S: Vergeten medicatie in te nemen.

Zoon heeft een hulpmiddel (wekker) ingezet om dhr. te helpen herinneren om zijn medicatie in te nemen. Zoon had de medicatie dan al uitgezet, en dhr. zou het dan alleen maar hoeven in te nemen. Maar als de wekker gaat, vergeet dhr. waarom de wekker gaat. Echtgenote kan dhr. hierbij niet ondersteunen, omdat ze een zware depressie heeft en genoeg heeft aan haar eigen gedachten. In het verleden heeft de zoon wel geprobeerd om zijn moeder hierin mee te nemen als

geheugensteuntje, maar dit mocht niet baten. Hierdoor kreeg [verzoeker] niet op tijd, of helemaal niet zijn medicatie.

DOEL: Dhr. op tijd zijn medicatie laten innemen. Dhr. is niet in zelf om dit zelf te pakken door de oedeem in handen en heeft hier pijn van. Tevens heeft hij geheugenproblemen, en vergeet dat hij zijn medicatie moet innemen.

Eten en drinken / slikken of verteren

P: Niet zelfstandig eten en drinken kunnen pakken.

E: Restverschijnselen van Hepatitis B&C.

S: Pijnlijke en opgezwollen ledematen, verminderde spierkracht in de ledematen, snel vermoeid na een kleine handeling.

Eten en drinken moet worden klaargemaakt. Dhr. kan de boterham wel even vasthouden, mits de boterham goed dicht is geklapt op elkaar. In het verleden geprobeerd om samen eten en drinken klaar te maken, maar dhr. stagneert en kan niks zelf klaarmaken door de pijnlijke en opgezette ledematen.

DOEL: Zelfstandig eten en drinken nuttigen met hulpmiddel (rietje).

Er wordt niet gesproken over zelfredzaamheid in het zorgplan In het normenkader van de V&VN staat dat wijkverpleging altijd gericht moet zijn op het versterken van de zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënt en het cliëntsysteem. Dit zie ik helaas niet terug in het zorgplan. Wilt u mij een toelichting geven?

Zie hierboven (en in de bijlage).

Welke zorg wordt door de mantelzorg gedaan? De samenwerking met de mantelzorg en de verdeling van de taken staan niet beschreven. Om dit zorgplan goed te beoordelen is dit voor mij belangrijk. Hoe wordt het netwerk ingezet?

Sociaal netwerk van [verzoeker] bestaat uit en wordt ingezet als:

* Echtgenote, mw. [naam].

* Zoon woont in B: voert de volledige zorg uit voor [verzoeker]. Heeft een parttime baan, omdat hij volledig de zorg op zich neemt van zijn vader.

* Andere zoon voert de administratieve taken uit, zodat zijn broer ontlast wordt.

* Boodschappen wordt gedaan door de zoon. (...)"

- 3.6. Op 3 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen.
- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 17 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Op 25 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Het dossier bevat twee PGB vv aanvragen en de daarbij behorende zorgplannen, enige vorm van medische informatie ontbreekt. Het Zorginstituut beoordeelt alleen de PGB vv aanvraag van 6 oktober 2019 en het daarbij behorende zorgplan welke in geschil zijn.

Afwijsggrond verweerder

Verweerder voert aan dat de geïndiceerde zorg noodzakelijk is vanwege de psychische problematiek van verzoeker en daarom niet voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking komt maar gefinancierd dient te worden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Verweerder verwijst hierbij naar de Informatiekaart van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: 'Afbakening Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en wijkverpleging Zorgverzekeringswet'. In de informatiekaart wordt echter ook het volgende aangegeven:

"(...) De toevoeging of een "hoog risico hierop" is de basis voor inzet van enkel persoonlijke verzorging, zoals hulp bij het opstaan of wassen. Bijvoorbeeld bij mensen op een hoge leeftijd

die nog niet direct behoefte hebben aan geneeskundige zorg, maar wel een hoog risico hebben hieraan behoefte te krijgen. De wijkverpleegkundige heeft nadrukkelijk de ruimte om, op basis van professionele afweging, persoonlijke verzorging te bieden in een situatie waar nog geen sprake is van dominante medische problematiek."

Het is aan de indicierend verpleegkundige om vast te stellen of sprake is van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop (geneeskundige context) ongeacht of er sprake is van psychische problematiek. De geneeskundige context dient echter wel onderbouwd te worden in het zorgplan.

Verweerder voert ook aan dat de vervangend indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren. Dit blijkt echter niet uit het dossier.

Onderbouwing zorgplan

De zorg in het zorgplan is onvoldoende onderbouwd. Dat verzoeker last heeft van opgezwollen handen en voeten betekent niet per definitie dat hij niet in staat is om zichzelf te voorzien in zijn ADL. Het is onduidelijk wat verzoeker wel en niet zelf kan en waarom hij ondersteuning en hulp nodig heeft. Verder is de geneeskundige context van het maken van transfers en het aanreiken van medicatie is ook niet duidelijk.

Conclusie

Verzoeker kan geen aanspraak maken op een PGB vv omdat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem met ingang van 1 juni 2020 een PGB vv moet toekennen op basis van 12 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd aan hem een PGB vv toe te kennen. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou het zelfzorgtekort worden veroorzaakt door de psychische klachten die verzoeker heeft. Verzoeker is in het verleden weliswaar depressief geweest, maar dat verklaart niet zijn zelfzorgtekort. Het zelfzorgtekort komt voort uit ziektes en aandoeningen die lichamelijke beperkingen met zich brengen. Verzoeker heeft geen gevoel meer in zijn handen en kan hier niets mee doen. Daarom heeft hij hulp nodig bij persoonlijke verzorging, zoals douchen, aan- en uitkleden, in en uit bed stappen en het aantrekken van steunkousen. Ook wordt verzoeker geprikt tegen trombose en gebruikt hij medicatie in verband met zijn fysieke klachten. Het is dan ook niet duidelijk hoe de ziektekostenverzekeraar tot zijn afwijzende beslissing is gekomen. Zelfs de klachtbehandelaar van de ziektekostenverzekeraar

begrijpt dit niet. Alleen de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar ziet de kwestie blijkbaar anders. Zij heeft verzoeker echter niet gezien in de thuissituatie.

Verder heeft verzoeker aangevoerd dat zijn zoon bij hem in de buurt is gaan wonen en minder is gaan werken om aan hem zorg te verlenen. Door geen PGB vv te verstrekken, komt ook zijn zoon in de problemen.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij contact heeft opgenomen met de vervangend wijkverpleegkundige om de aanvraag voor een PGB vv en de indicatie die in dit verband is gesteld te bespreken. Op basis van dit contact en de informatie in het dossier is besloten de aanvraag af te wijzen. Hieruit komt namelijk naar voren dat zorg nodig is vanwege psychosociale problemen en dat de zorg naar zijn aard als begeleiding is aan te merken. De geneeskundige context van de zorg ontbreekt. Dit betekent dat deze zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een medewerker verzoeker weliswaar heeft gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor te leggen aan de SKGZ, maar dat dit niet impliceert dat verzoeker in het gelijk zou worden gesteld. Van een ondubbelzinnige toezegging is in dit verband geen sprake.

Zorgverzekering

- 6.4. De commissie overweegt dat verpleging en persoonlijke verzorging onder de dekking van de zorgverzekering kunnen vallen als sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context. Dit laatste wil zeggen dat de zorg plaatsvindt met het oog op herstel van de gezondheid, of het voorkomen van verergering van een ziekte of aandoening. Dit volgt uit artikel 2.10 Bzv. Artikel 2.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is hierop gebaseerd. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige in het zorgplan te onderbouwen dat wordt voldaan aan beide voorwaarden.
- 6.5. De commissie overweegt verder dat één van de afwijsgonden van de ziektekostenverzekeraar is dat voor zorg die voortkomt uit een psychische aandoening nimmer een PGB vv kan worden toegekend. Die stelling is onjuist. Op grond van artikel 2.10 Bzv moet verpleging en persoonlijk verzorging verband houden met geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Psychiatrische zorg valt onder het begrip geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.10 Bzv. Het is daarom mogelijk dat een verzekerde op grond van een psychische aandoening aanspraak kan maken op een PGB vv, mits sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context.
- 6.6. In het zorgplan is vermeld dat verzoeker als gevolg van pijnlijke en opgezwollen ledematen, met name de handen en voeten, beperkt is in zijn mobiliteit. Daarnaast is sprake van verminderde spierkracht. Om die reden is door de indicierend wijkverpleegkundige (i) dagelijkse ondersteuning bij transfers van en naar het bed en (ii) ondersteuning bij transfers van en naar de stoel, het toilet, de trap, etc. geïndiceerd. Uit het zorgplan volgt dat verzoeker eerst moet worden gestimuleerd om deze handelingen zelfstandig uit te voeren. Verder is zorg geïndiceerd voor (iii) het aanreiken van medicatie, (iv) hulp bij het aan- en uitkleden en (v) hulp bij het wassen/douchen.
- 6.7. De commissie overweegt dat de geneeskundige context van de voornoemde zorg onvoldoende is onderbouwd. Zo is onvoldoende beschreven welke beperkingen verzoeker ervaart en welke handelingen hij al dan niet nog zelfstandig kan verrichten. Ook is niet onderbouwd dat de geïndiceerde zorg erop is gericht een aandoening of de verergering hiervan te voorkomen. Vanwege het ontbreken van een geneeskundige context van de geïndiceerde zorg hoeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor geen PGB vv toe te kennen. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 25 januari 2021.

Aanvullende ziektekostenverzekering



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



6.9. De stelling van verzoeker dat door het niet (volledig) toekennen van een PGB vv volgens de gestelde indicatie zijn zoon in de problemen brengt, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Het PGB vv is bedoeld om te voorzien in verzekerde en geïndiceerde zorg. Het is geen inkomensvoorziening voor derden die de zorg verlenen en hun positie speelt in het kader van het al dan niet toekennen van een PGB vv dan ook geen rol.



6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2021,

G.R.J. de Groot



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 29 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, Principe Polis Budget en Principe Polis Restitutie;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam OZF: OZF Zorgpolis;
- 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;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): ZorgPlan Restitutie, ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief;
- Volmacht van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea 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);

29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 18, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' 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 kinderspeciale.

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.

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 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.
- 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 kinderverpleegkundige. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om intensieve kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). 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 aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige 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. 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'.
- 2 Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 3 Voor gespecialiseerde verpleging moet vooraf een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door een medisch specialist. 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 34 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- 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 gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker 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 zorgaanbieders 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 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 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. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag 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.



Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, 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.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;

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

Artikel 2.29c

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