



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020

Zaaknummer : 202001683

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 21 augustus 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 17 november 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben verklaard geen gebruik te willen maken van deze mogelijkheid.
- 2.4. Op 21 december 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2020051125) uitgebracht. Een kopie is op 22 december 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 januari 2021 per brief gereageerd. Verzoekster heeft op 13 januari 2021 per brief gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartij gezonden.
- 2.5. Afschriften van de reacties zijn tevens aan het Zorginstituut gezonden. Op 20 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat deze stukken geen aanleiding geven het voorlopig advies aan te passen en dat dit als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ-Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en een aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 18 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) toegekend op basis van 19 uren en 51 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 30 april 2020.
- 3.3. Ten behoeve van verzoekster is op 9 maart 2020 een nieuwe aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een PGB op basis van 19 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.4. De indicierend verpleegkundige heeft in het zorgplan - dat deel uitmaakt van de hiervoor genoemde aanvraag - over verzoekster verklaard:
"(...) *Zorg van informele zorgverlener:*
- 2 keer per dag hulp bij douchen, afdrogen, haren verzorgen en aankleden.
(2 keer 35 min per dag, is 1 uur en 10 min per dag)
- 2 keer huidzorg per dag vanwege droge huid.
(2 keer 10 min per dag, is 20 min per dag)
- Ongeplande zorg bij toiletgang. 40 min opfrissen bij toiletgang en 40 min helpen bij toiletgang per dag.
(...)
Cliënt zelf kan bij persoonlijke verzorging niets betekenen. Heeft overal hulp bij nodig. Draagt broeken met elastiek en boven kleding zonder knoopjes.
Hulpmiddelen: spoeltoilet, elektrische deuren, aangepaste douche.
- Totale tijd voor de informele zorgverlener: 19 uren en 50 minuten.*
(...)
Mevrouw heeft de volgende diagnoses: reumatoïde artritis, dystrofie/myastenia gravis, osteoporose, slaapapneu, schouder problemen (kalk verwijderd en slijmbeursontsteking), COPD, psoriasis met atropathie remicade, beide polsen vastgezet nadat de polsprothesen verwijderd zijn, chronische buikpijn. Mevrouw gebruikt de volgende medicatie: pantoprazol, calcium, hydroxocobalam, vaseline/lanettecreme, paracetamol, lyrica, zopicion, berodual, prednison, symbicort, loperamide. Mevrouw voert eigen regie over de medicatie.
(...)
Verpleegkundige besluitvorming
Mw. heeft vanwege chronische pijn en mobiliteitstekort een zelfstandigheidstekort in wassen, kleden en toiletgang. Mw. heeft ondersteuning, overname van handelingen nodig bij de persoonlijke verzorging en toiletgang. Mw. maakt gebruik van een informele zorgverlener die haar helpt met douchen, mondhygiëne, aankleden, verzorging haren, toiletgang. Mw. kiest voor een pgb vanwege continuïteit van zorg en kan rekening houden met wisselende conditie ivm benauwdheid en pijn die per dag kan wisselen. (...)
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 mei 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv is toegekend op basis van 9 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 9 maart 2020 tot en met 31 december 2020.
- 3.6. Op 10 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat een bedrag van € 2.032,73 wordt teruggevorderd, omdat dit teveel aan haar is uitgekeerd.
- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van bovengenoemde beslissingen gevraagd.
Op 3 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij de hoogte van het terug te vorderen bedrag onjuist heeft vastgesteld. De vordering bedraagt namelijk € 10,74. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aan verzoekster meegedeeld dat hij afziet van terugvordering van dit bedrag.
Op 16 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij aan haar een PGB vv toekent op basis van 11 uren en 5 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 9 maart 2020 tot en met 31 december 2020.

- 3.8. Op 8 januari 2020 heeft de behandelend reumatoloog over verzoekster verklaard:
"(...) In aanvulling op mijn brieven van 2018 kan ik u melden dat de lichamelijke gesteldheid van [verzoekster] helaas verder achteruit gegaan is. De bekende polsartrrodese beiderzijds zorgt voor de nodige beperkingen in het dagelijks leven. Zelfstandig wassen en aankleden, huishoudelijke taken zijn vrijwel ondoenlijk. In 2019 heeft er een operatie aan de linkerschouder plaatsgevonden, helaas zonder positief resultaat. Ook de beweeglijkheid en functie van deze schouder zijn flink beperkt, waardoor ze afhankelijk is van derden. Tenslotte is er mogelijk sprake van dystrofie in beide handen. Het moge duidelijk zijn dat mevrouw nog meer heeft ingeleverd op het gebied van zelfstandig functioneren. Zoals eerder gemeld is de benodigde zorg dan ook langdurig. Behalve bij ondergetekende is mevrouw bij meerdere specialisten onder behandeling (geweest). (...)"
- 3.9. Op 13 augustus 2020 heeft de behandelend reumatoloog over verzoekster verklaard:
"(...) In navolging op mijn eerdere brieven wil ik u vragen de lichamelijke beperkingen van [verzoekster] zeer serieus te nemen. Ten gevolge van de polsartrrodese beiderzijds is ze flink beperkt in haar functioneren op ADL-gebied. Bij vrijwel haar gehele lichamelijke verzorging (wassen, aankleden, toiletgang) heeft ze ondersteuning nodig door de beperkingen aan haar handen en polsen. Recent heeft ze een gastric bypass ondergaan. De verzorging van de smetplekken in de huidplooien lukt haar absoluut niet zelfstandig. Deze problematiek zal de komende periode niet verminderen, integendeel. Als ze meer gewichtsverlies heeft (natuurlijk bedoeling van de operatie) zullen haar huidplooien zeker niet makkelijker te behandelen zijn. Er staat haar ook nog een ingreep aan de schouder .te wachten, ook weer met toename van beperkingen als gevolg. [Verzoekster] is weduwe en heeft de zorg voor een zoon met diverse beperkingen. Vermindering van het aantal toegezegde uren voor hulp thuis is om medische redenen zeer ongewenst, zowel op lichamenlijk als psychisch gebied. (...)"
- 3.10. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 10 november 2020 over verzoekster verklaard:
"(...) Middels dit schrijven wil ik bevestigen dat ik [verzoekster] vandaag bezocht heb en gesproken heb over de pgb indicatie die ik af gegeven heb op 9-3-2020. Ik heb de pgb indicatie toen aangevraagd nadat ik mw bezocht heb thuis, waardoor ik een reëel beeld heb gekregen van de zorgbehoeftes van mw. Haar beperkingen op een rijtje gezet hebbende ben ik tot de conclusie gekomen dat de uren gegrond zijn en mw. de zorg dagelijks nodig heeft. Ik ben vandaag bij mw op bezoek geweest omdat ze aan heeft gegeven dat ze de gastric sleeve operatie heeft ondergaan en ze ondanks haar gewichtsverlies nog veel pijn heeft aan de gewrichten van haar schouders en polsen. Ik heb geconstateerd dat de motorische beperkingen waarop de indicatie is gebaseerd blijvend/chronisch zijn en leiden tot de zorgvraag die mw. dagelijks heeft. De indicatie blijft mi. gegrond. (...)"
- 3.11. Op 21 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Het dossier bevat de PGB vv aanvraag met het daarbij behorende zorgplan en medische informatie. Daarnaast is in het dossier een brief van de indicierend wijkverpleegkundige aanwezig waarin zij aangeeft nog steeds achter de initiële indicatie staat.

Het tweede douchemoment

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk waarom een tweede douchemoment noodzakelijk is. Een onderbouwing van de geneeskundige context ontbreekt.

Huidzorg

In het zorgplan staat dat de huid van verzoekster wordt ingesmeerd, omdat deze droog is. De reumatoloog geeft aan dat het om insmeren van de huid in verband met smetten gaat. Dit is echter niet beschreven in het zorgplan. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de zorg te beschrijven en te onderbouwen in het zorgplan. De zorg kan niet onderbouwd worden door een behandelend arts. De geneeskundige context van de huidzorg (waaronder het tweede huidverzorgingsmoment) is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan.

Oprissen na de toiletgang

Verweerder stelt dat de spoelfunctie van het toilet van verzoekster voorliggend is op het oprissen door een zorgverlener. Uit het zorgplan wordt niet duidelijk dat de spoelfunctie niet toereikend is en dat sprake is van een geneeskundige context. De behandelend reumatoloog voert dit wel aan, het is echter niet aan een arts om de geïndiceerde zorg te onderbouwen.

Toekenning aantal minuten verzorging hulp bij de toiletgang.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk waarom verweerder minder zorg heeft toegekend met betrekking tot hulp bij de toiletgang. Verweerder erkent dat verzoekster is aangewezen op deze zorg nu de geïndiceerde uren deels zijn toegekend. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om vast te stellen hoeveel tijd er nodig is om de geïndiceerde zorg te leveren. Zonder nadere onderbouwing kan verweerder hier niet van afwijken.

Conclusie

De geneeskundige context van het tweede douchemoment, de huidzorg en het oprissen na de toiletgang is onvoldoende onderbouwd. Verder kan verweerder niet zonder nadere onderbouwing minder minuten toekennen voor de hulp bij de toiletgang. (...)"

4. Geschil

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen op basis van 19 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 9 maart 2020 tot en met 9 maart 2022;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan haar een schadevergoeding dient toe te kennen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van 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 verpleging en persoonlijke verzorging 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. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij al jaren persoonlijke verzorging ontvangt en in dit verband ook al jaren een PGB vv heeft. Omdat de indicatie hiervoor zou aflopen op 30 april 2020 heeft zij besloten tijdig een nieuwe indicatie te laten stellen op 9 maart 2020. Vervolgens is ten behoeve van haar een aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar is ten onrechte van de gestelde indicatie afgeweken. Bovendien heeft hij de ingangsdatum van het PGB vv ten onrechte vastgesteld op 9 maart 2020. De oorspronkelijke indicatie liep immers pas op 30 april 2020 af.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de ingangsdatum van een PGB vv in geval van een herindicatie wordt vastgesteld aan de hand van de datum van de herindicatie. Dit is opgenomen in artikel 6.2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (hierna: het reglement). In geval van verzoekster is de herindicatie gesteld op 9 maart 2020. Dit betekent dat die datum wordt gehanteerd als ingangsdatum van het PGB vv.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige twee keer per dag douchen heeft geïndiceerd. De medische noodzaak van een tweede keer douchen is niet onderbouwd. Om die reden wordt hiervoor geen PGB vv toegekend. Daarnaast is huidzorg geïndiceerd na het douchen. Aangezien een PGB vv wordt toegekend voor hulp bij één keer douchen per dag, wordt ook slechts een PGB vv toegekend voor één keer huidzorg per dag. Daarnaast is door de indicierend wijkverpleegkundige hulp bij de toiletgang (40 min. per dag) en hulp bij het oprispen na de toiletgang (40 min. per dag) geïndiceerd. Verzoekster heeft de beschikking over een spoeltoilet. Dit is een voorziening die het oprispen na de toiletgang overneemt, waardoor de hiervoor geïndiceerde zorg niet nodig is. Verzoekster heeft wel hulp nodig bij het verschoneren van incontinentiemateriaal en bij het omhoog en omlaag doen van kleding. Hiervoor is een PGB vv toegekend op basis van 30 minuten per dag. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn bevindingen besproken met de indicierend wijkverpleegkundige op 4 mei 2020. Tijdens dit gesprek heeft de indicierend wijkverpleegkundige meegedeeld dat zij zich hierin kon vinden. Dit betekent dat aan verzoekster een PGB vv is toegekend op basis van 11 uren en 5 minuten persoonlijke verzorging per week. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een lager PGB vv toegekend, omdat hij het totaal aantal uren niet goed had opgeteld. Om die reden is op 17 juli 2020 een nieuwe toekenningsbeschikking aan verzoekster gestuurd.

De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 21 december 2020, verklaard dat hij voor de hulp bij de toiletgang alsnog een PGB vv zal toekennen op basis van 40 minuten persoonlijke verzorging per dag, in plaats van de eerder toegekende 30 minuten persoonlijke verzorging per dag.

Zorgverzekering

- 6.4. De commissie overweegt dat verpleging en persoonlijke verzorging onder de dekking van de zorgverzekering kan 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 moet plaatsvinden met het oog op herstel van de gezondheid of het voorkomen van verergering van een aandoening. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige in de aanvraag en in het zorgplan te onderbouwen dat aan beide punten wordt voldaan. Dit volgt uit artikel 2 van het reglement. Daarnaast heeft een verzekerde slechts recht op de geïndiceerde zorg voor zover hij/zij hierop redelijkerwijs is aangewezen en de zorg doelmatig is. Dit volgt uit artikel B.26. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten geen PGB vv toe te kennen voor (i) hulp bij een tweede keer douchen per dag, (ii) hulp bij een tweede keer huidverzorging per dag en (iii) voor de hulp bij het oprispen na de toiletgang. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat hij - in afwijking van de gestelde indicatie - een PGB vv heeft toegekend voor (iv) hulp bij de toiletgang op basis van 30 minuten persoonlijke verzorging per dag, in plaats van 40 minuten. Op 5 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar echter per brief verklaard dat hij hiervoor alsnog overeenkomstig de gestelde indicatie een PGB vv zal toekennen. Dit betekent dat dit punt geen onderdeel meer is van het geschil.
- 6.6. De commissie overweegt ten aanzien van de punten (i) en (ii) dat de indicierend wijkverpleegkundige in het zorgplan onvoldoende heeft onderbouwd wat de geneeskundige context van deze zorg is. Zo ontbreekt een verklaring waarom een tweede keer douchen of een tweede keer huidzorg per dag noodzakelijk is om een aandoening of de verergering hiervan te voorkomen. Vanwege het ontbreken van deze onderbouwing is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden hiervoor een PGB vv toe te kennen. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 21 december 2020.

6.7. De commissie overweegt ten aanzien van punt (iii) dat niet nader is onderbouwd waarom verzoekster door gebruik te maken van het spoeltoilet niet zelfstandig kan voorzien in het opruimen na de toiletgang. Hiervoor ontbreekt in het dossier een verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige. Dit betekent dat niet aannemelijk is geworden dat verzoekster redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar is om die reden niet gehouden voor deze zorg een PGB vv toe te kennen. Ook dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 21 december 2020.

6.8. Met betrekking tot de ingangsdatum en de einddatum van het PGB vv overweegt de commissie het volgende. Op 17 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een toekenningsbeschikking gestuurd. Hieruit blijkt dat aan haar een PGB vv is toegekend over de periode van 9 maart 2020 tot en met 31 december 2020. Verder volgt hieruit dat de indicatiestelling geldig is tot 9 maart 2022. Ook is hierin opgenomen dat verzoekster automatisch een nieuwe akkoordverklaring krijgt voor 2021 als zij dan nog beschikt over een geldige indicatie. Een en ander is in overeenstemming met artikel 6 van het reglement.

In artikel 6.1 van het reglement is opgenomen dat de ingangsdatum van het PGB vv in geval van een herindicatie gelijk is aan de datum waarop deze indicatie wordt gesteld. Deze situatie is bij verzoekster aan de orde. Aangezien de herindicatie is gesteld op 9 maart 2020, is deze datum door de ziektekostenverzekeraar terecht aangemerkt als ingangsdatum van het PGB vv.

In artikel 6.3 van het reglement is vermeld dat de looptijd van een PGB vv maximaal 2 jaar is, zolang sprake is van een geldige indicatie. Verzoekster mag er dan ook op vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een nieuwe toekenningsbeschikking zal sturen voor 2021, zolang zij een geldige indicatie heeft. Zij hoeft dus geen nieuwe aanvraag in te dienen, tenzij haar zorgbehoefte tussentijds wijzigt.

In artikel 6.4 van het reglement is opgenomen dat het budget per kalenderjaar wordt berekend. Dit verklaart waarom de ziektekostenverzekeraar in de toekenningsbeschikking van 17 juli 2020 het budget heeft genoemd zoals dit geldt van 9 maart 2020 tot en met 31 december 2020.

Aanvullende ziektekostenverzekering

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

Schadevergoeding

6.10. Verzoekster heeft weliswaar aangevoerd dat zij - en haar zorgverlener - schade hebben geleden als gevolg van het handelen van de ziektekostenverzekeraar, maar zij heeft nagelaten de inhoud en omvang van deze schade nader te onderbouwen. Daarom ziet de commissie geen aanleiding voor schadevergoeding.

Overigens merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd dat hij bereid is verzoekster - en haar zorgverlener - financieel tegemoet te komen, maar dat ook voor hem de inhoud en de omvang van de geleden schade onduidelijk is. Voor zover verzoekster hierop alsnog aanspraak wenst te maken, ligt het op haar weg dit nader te onderbouwen en hierover contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar.

6.11. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoekster lopende de procedure gedeeltelijk tegemoet is gekomen, moet de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan haar vergoeden.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie stelt vast dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar verzoekster lopende de procedure (deels) tegemoet is gekomen en heeft verklaard aan haar alsnog een PGB vv toe te kennen op basis van 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 9 maart 2020 tot en met 31 december 2020;



- De commissie beslist dat:
(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet voldoen;
(iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 18 februari 2021,

G.R.J. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

nis / 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 verze-kerden met een visuele beperking. Uw zorgin-stelling kan u vertellen wanneer het om een-voudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op ver-goeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Wijkpleging is voor alle leeftijden en omvat ver-pleging, verzorging, coördinatie, signalering, pre-ventie, ondersteuning bij zelfmanagement en ca-semanagement.

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 be-lang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover con-tact 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 Kind-zorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor

kraamzorg in artikel B.7.

- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dage-lijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgings-handelingen worden zoveel mogelijk gecombi-neerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u re-gelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend wor-den door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. “Intensieve Kindzorg” kan ook in een verpleeg-kundig kinderdagverblijf of kinderspice ver-leend worden.

Persoons Gebonden Budget

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

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft ge-steld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt

of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

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

Indicatiestelling

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

Akkoordverklaring

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

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

Tarieven

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

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Er moet vaststaan dat:

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

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de 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.

De zorg is in beginsel gericht op terugkeer naar huis binnen 3 maanden (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase). Deze periode van opname is in het algemeen voldoende. Als een langer verblijf nodig blijkt, moet in het zorgplan worden onderbouwd waarom dit nodig is, en wat het doel is van de verlengde opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
 - u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf wordt dan betaald vanuit de Wlz;
 - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in

Zorgverlener

Met een zorgverlener bedoelen wij alle partijen die u gecontracteerd heeft om zorg te verlenen. Een zorgverlener is daarmee gelijk aan een zorgaanbieder.

Artikel 1: Inleiding

1.1 Waarom een reglement?

Dit reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging dient als toelichting op artikel B.26. Wijkverpleging van de verzekeringsvoorwaarden. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. Dit budget wordt door ons vastgesteld op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging). Deze uren zijn leidend. 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 wijze van declaratie en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw verzekeringsvoorwaarden.

1.2 Wat is de basis voor dit reglement?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering onder artikel B.26.

Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Wij kunnen dit reglement tussentijds aanpassen, bijvoorbeeld als gevolg van wetswijzigingen. Wij informeren u dan hierover.

1.3 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb.

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het Reglement zijn ontleend aan de meest recente 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.

Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb

2.1 U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u 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.

Onder de zorg vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die alleen gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Deze zorg valt onder de Jeugdwet.

Daarnaast dient u:

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

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

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

3.1 U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn.

3.2 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij onder meer mee in onze beoordeling:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
- d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
- e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
- f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.

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

3.3 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde en kwalitatief goede zorg; Verantwoord wil zeggen dat de situatie in huis veilig is. Er is bijvoorbeeld voldoende toezicht van mantelzorgers en de zorg sluit goed aan bij de zorgbehoefte. Van kwalitatief goede zorg is sprake als de zorg veilig, effectief (goed resultaat) en doelmatig (niet te duur) is. De zorg is cliëntgericht: U krijgt de zorg op het juiste moment en de zorg sluit aan bij wat u nodig hebt

3.4 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een PGB geleverd wil en kan krijgen.

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

zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.

5.9 Verblijft u in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor Kortdurend verblijf (Eerstelijns Verblijf) dan 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.

Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.

5.10 Als u voor verpleging en verzorging naast een Zvw-pgb ook gebruik wilt maken van verpleging en verzorging zonder pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg vanuit het Zvw-pgb als de verpleging en verzorging die u niet uit het pgb wilt laten betalen, zijn opgenomen. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt en de zorgverleners die de zorg leveren hierover informeren. Heeft u van ons geen akkoord voor de vergoeding van Zorg in Natura in combinatie met Zvw-pgb? Dan vergoeden wij de kosten van Zorg in Natura niet.

Artikel 6: Akkoordverklaring

6.1 De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.

6.2 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 vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.

6.3 In de schriftelijke akkoordverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Wilt u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een akkoordverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.

6.4 Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

6.5 Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.

6.6 Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg

gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitgekeerde terug te betalen.

6.7 De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.

6.8 Heeft u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7: Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

7.1.1 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw akkoordverklaring staat vermeld.

7.1.2 Voor het indienen van uw declaraties dient u gebruik te maken van het declaratieformulier formele zorgverlener of het declaratieformulier informele zorgverlener. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier.

7.1.3 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 akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.

7.1.4 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.

7.1.5 Declareren van een vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op eenheden van 5 minuten) mag worden gedeclareerd.

7.1.6 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.

7.1.7 Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1 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.