



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ voor de Zorg N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018
Zaaknummer : 201900003
Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ voor de Zorg N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 21 maart 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) dient toe te kennen met ingang van 5 september 2018 op basis van 13 uren en 15 minuten (795 minuten), dan wel minimaal voor 7 uren (420 minuten) Persoonlijke Verzorging per week (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 14 mei 2019 en 16 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar een bandopname aan de commissie gestuurd. Afschriften van de brieven en een transcript van de bandopname zijn op 29 mei 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 18 juni 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019029790) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 19 juni 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 26 juli 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 29 juli 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 24 augustus 2018 een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 13 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.3. Bij brief van 5 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat aan hem met ingang van 5 september 2018 een PGB vv wordt toegekend op basis van 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.5. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 21 augustus 2018 - dat deel uitmaakt van de aanvraag voor het PGB vv - de gestelde indicatie als volgt onderbouwd:

"(...) Voorgeschiedenis/medisch

toelichting: 2012 CVA, uitval rechts, slikproblemen, slechte nierfunctie, binnen een jaar dialyse, ziekte van ménière, slaap apneu, onder behandeling van cardioloog.

(...)

Inschatting

geschatte zorgduur: Langer dan 6 maanden

geschatte zorgverloop: Onbekend

activiteiten: Behandelingen

zorgmomenten: 15 momenten per week

zorgminuten: 795 minuten per week

toelichting: dagelijks: adl ochtend en avond, steunkousen aan en uittrekken, medicatie beheer en inname, cpap apparaat op en afdoen en verzorgen 60 min en 45 min,

incidenteel epo injectie 1 keer per 5 weken, begeleiding en ondersteuning bij beweging,

gezondheidszorg supervisie, gemiddeld 60 min per week

(...)

Gebieden

(...)

Circulatie

(...)

toelichting: Veneus vaatlijden, oedeem waarvoor steunkousen, dhr. kan deze zelf niet aandoen door krachtverlies tgv CVA

(...)

Cognitie

(...)

toelichting: CVA gehad in 2012. Tgv ziekte van zijn vrouw op dat moment niet aan revalideren toe gekomen. Heeft nog beperkingen in lopen, bewegen, verhoogd valrisico, verminderd kracht in re hand en been en verslikken

(...)

Geestelijke gezondheid

(...)

toelichting: Snel somber, door moeilijk overzien van situaties, kan veel beren op de weg zien. Is soms angstig om te vallen en heeft veel aan partner op dit vlak. Stuurt snel bij om erger te voorkomen.

(...)

Gezondheidszorg supervisie

(...)

toelichting: Kan afspraken in bijv. het ziekenhuis niet zelf overzien en coördineren. Dit door gevolgen CVA, maar ook fysieke ondersteuning nodig.

(...)

Medicatie

(...)

toelichting: Medicatiebeheer door partner. Dhr. overziet medicatie inname niet geheel of vergeet medicatie. Epo injectie doet dhr ook niet zelf.

(...)

Persoonlijke zorg

(...)

toelichting: Dhr. kan tgv duizeligheid, oud CVA niet geheel zelf de persoonlijke zorg uitvoeren. Wordt geholpen door partner. Hulp bij douchen, wassen, kleden en steunkousen aan- en uittrekken.

(...)

*Slaap- en rustpatronen
(...)*

toelichting: Dhr. heeft slaapapneu, waarvoor hij een cpap masker draagt. Dit masker kan dhr niet zelf opdoen of verzorgen. (...)"

- 3.6. Bij brief van 18 juni 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) De indicierend wijkverpleegkundige en de zorgverzekeraar zijn gezamenlijk tot het besluit gekomen om het aantal geïndiceerde uren terug te brengen tot 3 uur en 30 minuten persoonlijke verzorging per week, deze zorg betreft de hulp bij het douchen en kleden. Of de overige zorg (het beheren en aanreiken van medicatie, het op en af doen en verzorgen van het CPAP masker, het aan- en uittrekken van steunkousen, gezondheidssupervisie en het begeleiden en ondersteunen bij bewegen) zorg is zoals 'verpleegkundigen die plegen te bieden' en voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking komt hangt af van de geneeskundige context. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geneeskundige context te onderbouwen. Aangezien de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren is de geneeskundige context voor deze zorg niet onderbouwd. Ook wordt niet toegekomen aan de vraag of het incidenteel toedienen van een epo injectie en wondzorg incidenteel is en niet tenminste één jaar constant nu deze zorg na verlaging van de uren geen deel meer uitmaakt van de PGB aanvraag.

Conclusie

De overige 9 uur en 55 minuten persoonlijke verzorging per week komt niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering omdat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met verlaging van het aantal uren naar 3 uur en 30 minuten persoonlijke verzorging per week. (...)"

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

5. Geschil

- 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker met ingang van 5 september 2018 een PGB vv toe te kennen op basis van 13 uren en 15 minuten, dan wel 7 uren Persoonlijke verzorging per week.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), betreffende de aanspraak op verpleging en verzorging en het recht op een PGB vv, en de daarop gebaseerde verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage. De bijlage maakt deel uit van dit bindend advies.
- 6.2. Ten behoeve van verzoeker is een PGB vv aangevraagd op basis van 13 uren en 15 minuten (795 minuten) Persoonlijke Verzorging per week. Door de ziektekostenverzekeraar is een PGB vv toegekend op basis van 3 uren en 30 minuten Persoonlijk Verzorging per week. Hieruit is af te leiden dat niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen (artikel 2) en dat hij voldoet aan de voorwaarden die zijn genoemd in de artikelen 3 en 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv moet toekennen op basis van een hoger aantal uren Persoonlijke Verzorging per week.

- 6.3. Verzoeker heeft in dit kader aangevoerd dat de indicatie is gesteld door een wijkverpleegkundige, die hem thuis heeft bezocht. Hij vertrouwt erop dat de verpleegkundige haar werk objectief en zorgvuldig uitvoert en dat de gestelde indicatie om die reden correct is. Het bevreemdt verzoeker dan ook dat de ziektekostenverzekeraar zonder meer van de gestelde indicatie kan afwijken. In het bijzonder wijst hij erop dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan uitgaat dat hij door gebruik van hulpmiddelen zelfstandig in staat zal zijn medicatie in te nemen, zijn steunkousen aan te trekken of een EPO-injectie te zetten. Ook zal hij niet in staat zijn zelfstandig het CPAP-apparaat te bedienen en te onderhouden of zijn wondverzorging uit te voeren. Verzoeker stelt dat het daarom niet terecht is dat hiervoor geen PGB vv wordt toegekend en/of het aantal geïndiceerde uren hiervoor sterk wordt gereduceerd.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat hij op grond van artikel 5.9 van het reglement van de gestelde indicatie mag afwijken, als de geïndiceerde zorg niet onder de aanspraak op verpleging en verzorging valt of als deze zorg niet doelmatig is. In het kader van de beoordeling van de aanvraag is een bewust keuze gesprek gevoerd met verzoeker op 25 oktober 2018. Uit dit gesprek kwam naar voren dat verzoeker bij het aan- en uittrekken van zijn steunkousen en bij het douchen/wassen gebruik maakt van hulpmiddelen. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar moet verzoeker in staat zijn met gebruik van de juiste hulpmiddelen een deel van deze zorg zelfstandig uit te voeren. Om die reden is het aantal uren zorg dat hiervoor is geïndiceerd gereduceerd. Daarnaast is uit het gesprek naar voren gekomen dat verzoeker in staat is het CPAP-masker zelfstandig te gebruiken als dit correct klaar hangt. Het correct klaar hangen van het masker betreft geen zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden. Ook begeleiding en ondersteuning bij beweging en het meegaan naar ziekenhuisbezoeken is geen zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden. Hiervoor kan dan ook geen PGB vv worden toegekend. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de hulp die nodig is rond het medicatiebeheer, met name het klaarleggen en aanreiken van de medicatie door de partner, wordt gezien als gebruikelijke zorg. Voor deze zorg wordt om die reden ook geen PGB vv toegekend. Een en ander is op 1 november 2018 in een telefoongesprek met de indicierend wijkverpleegkundige besproken. Deze heeft hierop ingestemd met een verlaging van de indicatie tot 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 6.5. Uit de toelichting bij artikel 2.10 Bzv volgt dat het aan de verpleegkundige is om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de verzekerde naar aard, inhoud en omvang te bepalen. Dit wil zeggen dat de verpleegkundige een verpleegkundige diagnose kan stellen en bepaalt welke verpleegkundige/verzorgende handelingen moeten worden verricht en hoeveel de verzekerde zelf nog kan. De commissie begrijpt de toelichting aldus dat het stellen van een indicatie voor verpleging en verzorging is voorbehouden aan de (indicierend) verpleegkundige. Dit houdt tevens in dat de ziektekostenverzekeraar niet van de gestelde indicatie mag afwijken, tenzij blijkt dat (i) zorg is geïndiceerd die niet is aan te merken als verpleging en verzorging en om die reden niet tot de verzekerde prestaties op grond van de Zvw behoort, (ii) de indicatie niet is gesteld conform hetgeen is bepaald in het reglement, of (iii) dat de zorg niet als doelmatig is aan te merken, zodat niet vast staat of een verzekerde op de zorg is aangewezen.
- 6.6. Om dit te beoordelen kan de ziektekostenverzekeraar contact opnemen met de verpleegkundige en vragen stellen over de gestelde indicatie. Deze vragen kunnen ertoe leiden dat de indicierend verpleegkundige de gestelde indicatie nader onderbouwt en handhaaft, dan wel besluit deze te verlagen. Dit laatste is in de onderhavige kwestie gebeurd. Van de indicierend verpleegkundige - als professionele zorgverlener - mag in dit verband worden verwacht dat zij integer handelt en niet akkoord gaat met een verlaging van de indicatie als zij zich hierin niet kan vinden.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 november 2018 telefonisch contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Bij die gelegenheid is gesproken over de gestelde indicatie ten behoeve van verzoeker. Uit de bandopname van dit gesprek volgt dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft ingestemd met de verlaging van de indicatie tot 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoeker heeft enkel recht op een PGB vv voor

het aantal uren waarvoor hij een indicatie heeft. Op basis van de (gewijzigde) indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv toegekend. De commissie ziet daarom geen reden te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een hoger PGB vv aan verzoeker toe te kennen.

Als verzoeker zich niet kan vinden in de beslissing van de indicierend wijkverpleegkundige kan hij hierover met haar contact opnemen. Daarnaast bestaat voor hem de mogelijkheid een herindicatie te laten uitvoeren. Dit betreft echter een aangelegenheid tussen verzoeker en de wijkverpleegkundige waarover de commissie niet bevoegd is te oordelen.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden aan verzoeker een hoger PGB vv toe te kennen dan op basis van 3 uren en 30 minuten Persoonlijk Verzorging per week.

Zeist, 14 augustus 2019,

L. Ritzema

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 12, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van:

- Bewuuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.2 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringwet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt 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.
 - a. Onder zorg benoemd in artikel 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, d.w.z. langer dan één jaar, op deze 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 drie 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 verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij ons;
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:
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 (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. of u zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet hebt 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 hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
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 verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, danwel zullen wij aanvullende eisen stellen waaraan dient te 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:

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. uit uw aanvraagformulier of het bewust-keuzegesprek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
5. u koopt zorg in bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
6. u bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden failliet is verklaard;
7. ten aanzien van de verzekerde, of indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, is de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.
8. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijke vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner.
9. Wij kunnen het Zvw-pgb weigeren als er gegronde reden bestaat om aan te nemen dat uw 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 (Wsnp) valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - e. surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of failliet is verklaard;
 - f. anderszins onvoldoende zal bijdragen voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 - g. de hulp tegen betaling verleent. (Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw Zvw-pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger).
10. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg, zoals vastgesteld wordt door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons pgb-formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken.
Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.3. en 5.4) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen.
Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u maximaal 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen. Een bewust-keuzegesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in dit reglement, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde 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 middels het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een hbo-kinderverpleegkundige die werkzaam is bij een bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) en/of Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) aangesloten zorgverlener.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren om te bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. Ook bij het beoordelen van uw aanvraag hanteren wij de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg.
5. U kunt Zorg in Natura én zorg vanuit een Zvw-pgb ontvangen. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de Zorg in Natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb;
6. Als er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
7. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
8. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
9. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u hiervoor geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
10. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
11. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of Wlz., danwel in een voorziening voor eerstelijnsverblijf (ELV), kunt u weer gebruikmaken 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.
Verblijft/verbleef u langer dan drie maanden in een instelling of een voorziening voor ELV en wilt u opnieuw gebruikmaken van een Zvw-pgb? Dan moet u een nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb indienen.
12. Bij indicatiestellingen waarbij (gedeeltelijk) andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag van een Zvw-pgb voor die andere zorg afwijzen. De beslissing of de indicatie verzekerde zorg in de zin van de Zvw. betreft en de beslissing over toekenning van het Zvw-pgb blijft onze verantwoordelijkheid.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Artikel 13a

- 1 De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
- 2 De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
- 3 De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
- 4 De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
- 5 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
- 6 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
- 7 De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in [artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015](#).
- 8 Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.

- 9 In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit Zorgverzekering (Bzv)

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

- 1 Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in [artikel 2.10](#).
- 2 De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in [artikel 2.12](#) voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan hebt u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 28).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderdagverblijf. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- **preconceptiezorg (kinderwensconsult):**
als u een kindwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- **counseling:**
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- **de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek** als u een medische indicatie hebt. U hebt ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. U hebt recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- **twintig-weken echo (SEO):**
met de twintig-weken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan hebt u recht op prenatale diagnostiek.

Hebt u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie hebt, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.