



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, zorg door het eigen netwerk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.26a tot en met 2.26c Rzv voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202002103

Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.W. Heringa, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 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 22 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 18 februari 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021003441) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 18 februari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 15 april 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 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend*** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoeker is op 17 juni 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 14 uren en 7 minuten verpleging en 32 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 16 juli 2020 tot en met 12 januari 2021.
- 3.3. De indicierend kindervrijverpleegkundige heeft in het zorgplan - dat deel uitmaakt van de hiervoor genoemde aanvraag - over verzoeker verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) [Verzoeker] is een jongen van 17 jaar oud, hij is bekend met een refractaire vorm van epilepsie, welke het gevolg is van FIRES (Febrile Infection Related Syndrome) Dit is ontstaan door ernstige encefalopathie (hersenenontsteking bij koorts) toen [verzoeker] 11 was.

De laatste maanden is er sprake van sterke toename van insulten, wat zich voornamelijk uit in clusteraanvallen. [Verzoeker] heeft hierdoor steeds meer hersenschade opgelopen en kan vrijwel niet meer zelfstandig functioneren.

(...)

[Verzoeker] heeft soms weken van 30 aanvallen per dag (gemiddeld 2 weken per maand) tot weken die met minder aanvallen gepaard gaan (gemiddeld 2 weken per maand).

(...)

[Verzoeker] is uitbehandeld. Anti-epileptica en een ketogeen dieet hebben niet geresulteerd in aanvalscontrole. [Verzoeker] heeft een nervus vagus stimulator (NVS) die ondanks instellen op de hoogste magneetsterkte ook geen effect heeft. [Verzoeker] is opgenomen geweest in Sein/Zwolle voor verder onderzoek. [Verzoeker] zou eerst in aanmerking komen voor hersenchirurgie. Dit kan toch niet omdat zijn vorm van epilepsie zo complex is. Vanwege toenemende insulten waarmee tevens afname van kwaliteit van leven is de situatie opnieuw medisch besproken. [Verzoeker] komt vanaf zijn 18e levensjaar in aanmerking voor een ander soort operatie, waarbij elektrodes in zijn hersenen en kastje in zijn borstholte geplaatst worden. Dit is een zeer risicovolle operatie/behandeling en daarom voor [verzoeker] en ouders een moeilijke keus/beslissing. Door de onvoorspelbaarheid, toename, en heftigheid van de aanvallen is er continue toezicht vanuit geneeskundige context nodig. [Verzoeker] vergeet alledaagse zaken, heeft hier veel begeleiding/sturing bij nodig.

(...)

Overige notities

Moeder werkt volgens contract 24 uur per week. Vader is bekend met een auto-immuunziekte. Dit heeft als gevolg dat vader zes jaar geleden noodgedwongen moest stoppen met werken. Ouders doen samen met een klein zorgteam de 24/7 zorg voor [verzoeker]. Ouders hebben vorig jaar verschillende ingangen benaderd voor een aanvraag RGB. Het was een moeizame weg om een juist PGB te krijgen. Wlz en Jeugdwet zijn toen afgewezen. Jeugdwet afwijzing vanwege de voorliggende geneeskundige context en dat er 24/7 sprake moest zijn van verpleegkundig toezicht/direct handelen. De Wlz afwijzing omdat er mogelijk nog sprake kon zijn van ontwikkeling en dat [verzoeker] nog geen 18 jaar zou zijn. Om beide redenen is toen de gehele PGB aanvraag via de Zvw gedaan.

(...)

Omdat [verzoeker] over 6 á 7 maanden 18 jaar wordt en de Wlz dan van toepassing is, is het wenselijk dat deze PGB aanvraag voor de resterende tijd volledig via de Zvw zal gaan. Ouders gaan ná de zomer de Wlz aanvraag in gang zetten.

(...)

Gastro-Intestinaal

Probleem: [Verzoeker] zal geen eigen initiatief nemen tot eten/drinken. Moet hiertoe gestimuleerd worden. Heeft geen juiste coördinatie bij het eten/drinken. Kan zich snel verslikken, vooral bij een ineens opkomende epilepsie aanval. Hij moet continue aangestuurd en geholpen worden bij eten/drinken. Tijdens clusterperiodes is [verzoeker] absoluut niet in staat om zelfstandig te eten of eten te bereiden. Hierin wordt hij volledig ondersteund of dit wordt van hem overgenomen.

Doel: [Verzoeker] krijgt op een veilige manier zijn voeding en drinken. Voorkomen van verslikken.

Actie: Ondersteuning, stimulatie en hulp bij de maaltijden, tussendoortjes en drinken gedurende de dag/avond. Bij maaltijden 3x 20 min en tussendoortjes 4x 10 min per dag.

Komt neer op 100 min per dag. Is 700 min.p/w. Minus 8 schooldagen (1 maaltijd, 2 tussendoortjes is 40 min per dag) per maand. Komt neer op 700 minus 80 min p/w, is totaal PV 620 min p/w.

Actie: Voorkomen van verslikken en hierop anticiperen door leeghalen mond. Gemiddeld 10 min.per dag. komt neer op totaal: PV 70 min p/w.

(...)

Medicatie

Probleem: [Verzoeker] heeft altijd veel anti-epileptica gehad. Alles is geprobeerd. Er zijn nog 2 soorten medicatie die [verzoeker] gebruikt. Namelijk Briviact en Clobazam. [Verzoeker] is niet in staat om te begrijpen dat hij zelfstandig medicatie te pakken en in te nemen. Anithistamine injectie bij netelroos doen ouders zelf als [verzoeker] niet naar het ziekenhuis kan.

Doel: Inname van epilepsie-medicatie door [verzoeker].

Actie: Incidenteel injectie door ouders bij netelroos

Actie: Dagelijks 2x aanreiken van medicatie en toezien dat deze wordt ingenomen door [verzoeker]. Komt neer op 2x 5 min/dag. Dit is 7x 10 min p/w. Totaal: VP 70 min p/w. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juli 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 12 uren en 57 minuten verpleging en 19 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week over de periode van 16 juli 2020 tot en met 21 januari 2021.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 22 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 18 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Het Zorginstituut kan niet beoordelen of de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. Het Zorginstituut merkt alleen op dat wanneer de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren deze zorg niet meer onderbouwd is. Verzoeker kan in dat geval geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Ondersteuning, stimulatie en hulp bij de maaltijden, tussendoortjes en drinken

De geneeskundige context van de ondersteuning, stimulatie en hulp bij de maaltijden, tussendoortjes en drinken is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Het voorkomen van verslikken en anticiperen hierop is namelijk apart geïndiceerd. Dit zou een geneeskundige context kunnen opleveren voor deze zorg.

Voorkomen van verslikken en hierop anticiperen

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot het voorkomen van verslikken en het anticiperen hierop is voldoende onderbouwd in het zorgplan. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om te beoordelen of deze zorg redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk. Hierover kan het Zorginstituut niet adviseren.

Het aanreiken van medicatie en toezien op inname van de medicatie

Niet in geschil is of sprake is van een geneeskundige context bij het aanreiken van medicatie en het toezien op de inname daarvan. Verweerder voert aan dat deze zorg redelijkerwijs verwacht mag worden van de ouders van verzoeker. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om te beoordelen of deze zorg redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk van de verzekerde. Hierover kan het Zorginstituut niet adviseren.

—

Conclusie

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot het de ondersteuning, stimulatie en hulp bij de maaltijden, tussendoortjes en drinken is onvoldoende onderbouwd. Verzoeker kan voor deze zorg geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot het voorkomen van verslikken en het anticiperen hierop is voldoende onderbouwd. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of deze zorg en het aanreiken van medicatie en het toezien op inname van medicatie verwacht mag worden van het netwerk van verzoeker. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een PGB vv toe te kennen voor de zorg die is geïndiceerd voor het stimuleren van en ondersteunen bij het eten, drinken en voor het aanreiken van medicatie en het toezicht op de inname hiervan.
- 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 het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft het volgende aangevoerd. Verpleging en persoonlijke verzorging omvat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Deze zorg kan onder de Zvw vallen als er sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop', zoals omschreven in artikel 2.10 Bzv. Dit wil zeggen dat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van een ziekte of aandoening. Er hoeft niet altijd sprake te zijn van verpleegkundige handelingen. Ook alleen verzorging is mogelijk onder deze Zvw-bepaling. Dit kan nodig zijn om bij een verzekerde aandoeningen of een verergering hiervan te voorkomen.
Ook het aanreiken, klaarzetten, bestellen van - en informeren over medicatie kan zorg zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verzoeker moet elke keer worden herinnerd aan het innemen van de medicatie en er moet worden toegezien op (juiste) inname hiervan. Dit geldt ook voor het stimuleren om te eten. Dit kan zorg zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden indien sprake is van een geneeskundige context. Het betreft dan geen zorg die door het netwerk kan worden geleverd. In het geval van verzoeker zijn twee zaken belangrijk rondom het eten. Als hij aanvallen heeft, is verzoeker niet in staat om te zorgen dat hij voldoende eet. Er moet dan op worden toegezien dat hij voldoende voedingsstoffen binnenkrijgt. Ook veiligheid is een belangrijk punt. Bij aanvallen bestaat er groot gevaar voor verslikking door vermoeidheid of een nieuwe aanval. Dit kan verstikking tot gevolg hebben. De geïndiceerde zorg is erop gericht dit te voorkomen.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het stimuleren en hulp bij maaltijden niet is aan te merken als verpleging en verzorging. Op grond van artikel 5.11 van het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: het reglement) wordt voor deze zorg geen PGB vv toegekend. Het aanreiken van medicatie is zorg die van het netwerk van verzoeker mag worden verwacht. Ook voor deze zorg wordt geen PGB vv toegekend. Dit is vermeld in artikel 4.9 van het reglement.

Zorgverzekering

- 6.4. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor verpleging en persoonlijke verzorging 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. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige in de aanvraag en het zorgplan te onderbouwen dat aan beide voorwaarden is voldaan.
- 6.5. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar een PGB vv moet toekennen voor de zorg die is geïndiceerd in verband met (i) het stimuleren van en ondersteunen bij eten en drinken en (ii) de hulp bij het aanreiken van medicatie en het toezicht houden op de inname hiervan. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 6.6. In totaal zijn 620 minuten persoonlijke verzorging per week geïndiceerd voor ondersteuning, stimulatie en hulp bij maaltijden. Uit het advies van het Zorginstituut van 18 februari 2021 blijkt dat de geneeskundige context van deze zorg onvoldoende is onderbouwd. Het voorkomen van verslikken en het anticiperen hierop kan weliswaar een geneeskundige context opleveren voor deze zorg, maar dit onderdeel is door de wijkverpleegkundige apart geïndiceerd. Om die reden bestaat volgens het Zorginstituut geen recht op een PGB vv voor ondersteuning, stimulatie en hulp bij maaltijden. De commissie ziet geen aanleiding van het advies af te wijken en neemt de conclusie hieruit over.
- 6.7. Er zijn 70 minuten persoonlijke verzorging geïndiceerd in verband met verslikingsgevaar bij eten en drinken. Uit het zorgplan volgt dat de zorg erop is gericht verslikking te voorkomen, of in te grijpen wanneer hierdoor verstikking dreigt. Deze zorg kan naar zijn aard zorg zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Daarnaast is de geneeskundige context voldoende onderbouwd. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 18 februari 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze zorg ten onrechte geen PGB vv toegekend.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft geen PGB vv toegekend voor het aanreiken van medicatie en het toezien op de inname hiervan, omdat deze zorg volgens hem redelijkerwijs van het netwerk van verzoeker mag worden verwacht. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Het is primair aan de indicierend wijkverpleegkundige te beoordelen welke inzet van het netwerk van een verzekerde mag worden verwacht. Deze zorg wordt niet betrokken in de berekening van het aantal uren waarop het PGB vv wordt gebaseerd. Voor zover al onduidelijkheid bestaat over de vraag of en in welke mate de indicierend wijkverpleegkundige de inzet van het netwerk bij de indicatiestelling heeft betrokken, staat het de ziektekostenverzekeraar vrij daarover contact op te nemen met de wijkverpleegkundige. Het is dan aan de wijkverpleegkundige te besluiten of de indicatie op dit punt aanpassing behoeft. Artikel 4.9 van het reglement geeft de ziektekostenverzekeraar namelijk geen 'vrijbrief' zelf tot een indicatie te komen.

In dit verband merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar op 27 juli 2020 een e-mail aan de indicierend wijkverpleegkundige heeft gestuurd, waarin hij vermeldt:

"(...) Ik zou je de conclusie nog mailen, maar mijn collega's en ik waren er nog naar aan het kijken. We hebben wat discussies gevoerd hierover. Ook voor als de Wlz toch nog wordt afgewezen als hij als volwassene beoordeelt wordt. Dus ze wilden een goede overgang. De overgang is vaak groot tussen kindzorg en volwassenzorg, maar ook van Zvw naar Wlz. Dus vandaar ook met mijn 'volwassen' collega's gekeken naar wat passend is.

Verpleging wordt 12 uur en 57 minuten per week

2x per dag orale medicatie wordt gezien als zorg die door het netwerk gedaan kan worden.

Persoonlijke verzorging wordt 19 uur en 25 minuten

We hebben het uitgebreid al gehad over toiletzorg. Jij gaf aan dat het nodig was, ik blijf het ruim vinden. Ruim een uur per dag voor toiletzorg, maar nu wel vergoed. Het knippen van de nagels en scheren mag onder de dagelijkse ADL vallen, dus dat vergoeden we niet apart. Het stimuleren van eten en drinken vind ik toch echt veel meer begeleiding. Dit kan worden vergoed vanuit de Jeugdwet, maar kan ook gezien worden als zorg die door het netwerk gedaan kan worden. Mijn collega's gaven aan, zou jij er als verpleegkundige alleen voor de maaltijden langskomen of zou je dat laten doen door het netwerk. Uiteraard door het netwerk. Het zou wel vergoed worden als er sprak zou zijn van respijtzorg, maar dan door de gemeente. (...)"

De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 28 juli 2020 per e-mail als volgt gereageerd:

"(...) Ik begrijp het. Dank voor je toelichting. Hebben jullie ouders het eindbesluit al toegestuurd? Doen jullie dat met deze of soortgelijke toelichting? Ik heb de ouders nog niet gesproken. Ik wil ze nog wel bellen, maar wacht even jouw bericht af. (...)"

Uit deze mailwisseling is niet af te leiden dat de inzet van het netwerk met de indicierend wijkverpleegkundige is besproken, of dat aan haar is gevraagd een en ander nader toe te lichten. Ook volgt uit de mailwisseling niet dat zij heeft ingestemd met een aanpassing van de indicatie op dit punt. Dit betekent dat de gestelde indicatie op dit punt als uitgangspunt geldt bij de beoordeling en de ziektekostenverzekeraar deze moet volgen.

- 6.9. Uit de ingediende aanvraag en het onderliggende zorgplan blijkt dat ten behoeve van verzoeker een PGB vv is aangevraagd op basis van 32 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging en 14 uren en 7 minuten verpleging per week.

Ten aanzien van de persoonlijke verzorging heeft de commissie hiervoor overwogen dat geen PGB vv hoeft te worden toegekend voor ondersteuning, stimulatie en hulp bij maaltijden, waarvoor 620 min, ofwel 10 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week is geïndiceerd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar geen PGB vv toegekend voor de zorg die is geïndiceerd voor het knippen van de nagels en het scheren, waardoor de toekenning van het PGB vv op het onderdeel ADL-zorg 40 minuten per week lager uitvalt. Niet is gebleken dat laatstgenoemde aanpassing in geschil is tussen partijen. Ten aanzien van verpleging heeft de commissie hiervoor overwogen dat het PGB vv moet worden toegekend overeenkomst de gestelde indicatie. Dit betekent dat verzoeker recht heeft op een PGB vv op basis van 21 uren 10 minuten persoonlijke verzorging en 14 uren en 7 minuten verpleging per week.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv moet toekennen op basis van 14 uren en 7 minuten verpleging en 21 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 30 april 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 B29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit de meest recente versie van:

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

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

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

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

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

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

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

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

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

- 1 behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

Let op! Onder 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

- 2 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
- 3 op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

- 1 u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);

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

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

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

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

Artikel 5 aanvraag Zvw-rgb

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

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

- 1 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
- 2 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
- 4 Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapt.
- 5 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.28 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

- 1 De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- 3 De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
- 4 Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
- 5 U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.18, B.30 en B.31 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderdagverblijf.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op! Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.



Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- 1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
- b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient in de thuissituatie gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- 2 Een minimaal BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- 3 Bij palliatieve terminale zorg heeft de behandelend arts vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg (inclusief de vaststelling van het aanbreken van de palliatieve terminale fase) wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 4 Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregisteerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel B.34;
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

- 1 Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.
- 2 U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.30 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.



Zorgverzekeringswet

Artikel 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.