



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, hoogte uurtarief formele zorgverlener

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 : 201801556

Zittingsdatum : 25 september 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester,  
mr. H.A. Kroon, mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,  
tegen

(i) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en  
(ii) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 28 januari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 mei 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Compleet, OHRA Tandengaaf 500, OHRA Comfort Verpleging en OHRA Gezond (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft van 3 mei 2018 tot en met 13 juli 2018 Persoonlijke Verzorging en Verpleging ontvangen van Stichting Care Company. In de maand mei 2018 is aan haar een totaal van 534 uren zorg verleend. In de maand juni 2018 totaal 704 uren zorg. En in de maand juli 2018 totaal 508 uren zorg. Stichting Care Company heeft de genoemde uren zorg bij verzoekster in rekening gebracht. Zij heeft de betreffende rekeningen aan de zorgaanbieder voldaan en de kosten vervolgens gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 10 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de ingediende declaraties niet vergoedt.
- 3.4. Bij aanvraagformulier van 14 juli 2018 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 9 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 augustus 2018 aan verzoekster met ingang van 14 juli 2018 een PGB vv toegekend op basis van 9 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brieven van 6 september 2018 en 24 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.7. Bij brief van 9 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij bereid is tegen finale kwijting een vergoeding toe te kennen voor de periode van 3 mei 2018 tot en met 13 juli 2018 op basis van 9 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoekster heeft dit voorstel afgewezen.

#### 4. Bevoegdheid van de commissie

4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, een bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel A22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 5. Geschil

5.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat:

(i) De ziektekostenverzekeraar is gehouden de zorgkosten over de periode van 3 mei 2018 tot en met 13 juli 2018 te vergoeden;

(ii) het maximale uurtarief voor een formele zorgverlener in het kader van een PGB vv gelijk te stellen aan het uurtarief dat in het kader van zorg in natura mag worden gedeclareerd;


(iii) de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding aan verzoekster dient te betalen van € 7.100,--.


#### 6. Beoordeling


6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op wijkverpleging en het persoonsgebonden budget Verpleging en 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.

#### **Vergoeding van zorgkosten over de periode van 3 mei 2018 tot en met 13 juli 2018**


6.2. In artikel B.26. van de verzekeringsvoorwaarden staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op Persoonlijke Verzorging en Verpleging. Uit het artikel volgt dat een indicatie voor deze zorg moet zijn gesteld door een verpleegkundige niveau 5 aan de hand van het normenkader van de beroepsgroep en dat de indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan. Verder staat in het artikel dat de indicerende verpleegkundige continu is betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie, het zorgplan en de ingezette zorg nog passen bij de zorgvraag. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of aan deze voorwaarde is voldaan. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.

 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat er geen geldige indicatie bestaat voor de zorg die in de periode van 3 mei 2018 tot en met 13 juli 2018 is verleend. Weliswaar is op 21 maart 2018 een indicatie gesteld op basis van 24 uur zorg per dag, maar deze indicatie was slechts voor een periode van 6 weken geldig. Dit laatste blijkt uit het telefoongesprek dat op 2 juli 2018 met Stichting Care Company is gevoerd. Bij het ontbreken van een geldige indicatie bestaat geen recht op vergoeding van de geleverde zorg.

 6.4. Verzoekster voert aan dat op 21 maart 2018 een indicatie is gesteld op basis van 24 uur zorg per dag en dat deze indicatie geen einddatum kent. Dit is een bewuste keuze geweest, omdat niet op voorhand vast stond hoe snel zij zou herstellen en wanneer de geïndiceerde zorg niet langer nodig zou zijn. Daarbij voert verzoekster aan dat haar gezondheidssituatie in mei 2018 is verslechterd, waardoor zij langere tijd op de geïndiceerde zorg was aangewezen. Dit volgt ook uit de verklaring van de indicerend wijkverpleegkundige van 28 december 2018, die overigens verklaart dat geen sprake was van een lichtere indicatie en dat zij achter de geleverde zorg staat.

 6.5. De commissie overweegt dat met ingang van 21 maart 2018 een indicatie ten behoeve van verzoekster is gesteld op basis van 24 uur zorg per dag en dat deze indicatie geen einddatum kent. Verder staat vast dat verzoekster met ingang van 14 juli 2018 een indicatie had op basis van 9 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hieruit volgt dat de zorgvraag van verzoekster in de tussenliggende periode is afgenomen. Uit de verzekeringsvoorwaarden en het normenkader van de beroepsgroep volgt dat de zorg(vraag) continu moet worden gemonitord en geëvalueerd en waar nodig moet worden bijgesteld. Uit de stukken in het dossier blijkt niet dat dit is gebeurd. De commissie oordeelt dat het in de risicosfeer van verzoekster ligt zorg te dragen voor een passende en geldende indicatie om in aanmerking te komen voor vergoeding van de geleverde zorg. De indicatie die op 21 maart 2018 is gesteld, was met ingang van 2 mei 2018 niet meer actueel. Immers, in deze maand werd niet langer 24 uur zorg per dag geleverd. Op dat moment had de indicatie moeten worden aangepast, waarbij tevens moest worden onderbouwd op welke punten de zorgvraag was afgenomen. Hetzelfde geldt voor de aanpassing van de zorgvraag in de maanden hierop volgend. Overigens acht de commissie het niet aannemelijk dat de zorgvraag van verzoekster van de ene op de andere dag is gewijzigd van 24 uur zorg per dag naar 9 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Ook hier geldt echter dat niet nader is onderbouwd wanneer en in welke mate de zorgvraag van verzoekster is veranderd. Dit leidt tot de conclusie dat een passende en geldige indicatie ontbrak met ingang van 2 mei 2018 en de ziektekostenverzekeraar om die reden niet is gehouden de kosten van de verleende zorg na deze datum te vergoeden. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat het aan de gebrekkige informatieverstrekking van de ziektekostenverzekeraar is te wijten dat niet tijdig een passende indicatie is gesteld, treft geen doel. Uit de verklaringen van verzoekster en de ziektekostenverzekeraar blijkt namelijk dat verzoekster op 27 maart 2018 telefonisch is geïnformeerd dat een geldige indicatie een vereiste is voor vergoeding van de kosten van zorg op grond van de zorgverzekering. Dat tijdens telefoongesprekken op een later moment aanvullende voorwaarden zijn genoemd, zoals dat de indicatie moet worden gesteld door een verpleegkundige niveau 5 en dat de zorgverlener die de zorg gaat verlenen over een AGB-code moet beschikken, maakt het voorgaande niet anders.

#### **Het uurtarief voor een PGB vv**

 6.6. In het Reglement Zvw-pgb (2018) van de ziektekostenverzekeraar is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op een PGB vv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aan bedoelde voorwaarden voldoet. Dit blijkt uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar aan haar met ingang van 14 juli 2018 een PGB vv heeft verstrekt op basis van 9 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van het tarief dat voor de geïndiceerde zorg mag worden gedeclareerd.

- 6.7. Verzoekster heeft zich gewend tot de zorgaanbieder Sofia Zorg om aan haar de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging te verlenen. Dit is een formele zorgaanbieder. Op grond van het Reglement Zvw-pgb (2018) van de ziektekostenverzekeraar mag voor de inzet van een formele zorgaanbieder maximaal € 38,28 per uur worden gedeclareerd. Dit bedrag is echter niet toereikend, zodat een deel van de kosten voor rekening van verzoekster blijft. Als verzoekster bij deze zorgaanbieder dezelfde zorg zou afnemen, maar dan als zorg in natura, mag de zorgaanbieder hiervoor een bedrag van € 49,08 per uur in rekening brengen. Verzoekster meent dat voor dezelfde zorg, die door dezelfde zorgaanbieder wordt geleverd, ook hetzelfde bedrag mag worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij zelf een maximum uurtarief mag vaststellen voor zorg die door een formele zorgverlener wordt verleend in het kader van het PGB vv. Zorg in natura en het PGB vv zijn verschillende leveringsvormen die niet met elkaar te vergelijken zijn. Bij zorg in natura en het PGB vv kunnen daarom voor vergelijkbare zorg andere tarieven van toepassing zijn.
- 6.8. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar zelf het (maximale) uurtarief mag bepalen dat in het kader van een PGB vv mag worden gedeclareerd als de zorg door een formele zorgaanbieder wordt verleend. Dit is geregeld in artikel 2.29a, tweede lid, Rzv. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag vastgesteld op € 38,28 per uur. Dit is opgenomen in artikel 7.2 van het Reglement Zvw-pgb (2018) van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is gebonden aan het (maximum)tarief dat in het Reglement Zvw-pgb van de ziektekostenverzekeraar is bepaald. Verder overweegt de commissie dat het beheren van een PGB vv zwaarwegende verantwoordelijkheden met zich brengt, waaronder het maken van afspraken over de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg. Nu verzoekster geen prijsafspraken met de zorgaanbieder heeft gemaakt, die aansluiten bij het maximale uurtarief, heeft dit tot gevolg dat een deel van de kosten voor haar rekening blijft. Dit ligt volledig in de risicosfeer van verzoekster. Dat een ander tarief in rekening mag worden gebracht door de zorgaanbieder als hij Persoonlijke Verzorging als zorg in natura levert staat vast, maar doet aan het voorgaande niet af. De zorg contractering is een aangelegenheid tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar, waarin de commissie niet kan treden.

### **Schadevergoeding**

- 6.9. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij door het handelen van de ziektekostenverzekeraar schade heeft geleden. Deze schade betreft de tijd die haar gemachtigde heeft moeten besteden aan het contact met de ziektekostenverzekeraar. De kosten die hiermee samenhangen zijn door haar begroot op € 7.100,--.
- De commissie sluit niet uit dat de gemachtigde van verzoekster een bepaalde hoeveelheid tijd heeft besteed aan het contact met de ziektekostenverzekeraar. Het staat echter geenszins vast dat de kosten die volgens de gemachtigde met deze tijd samenhangen ook in rekening zijn gebracht bij verzoekster. Daarnaast staat niet vast dat de betreffende kosten ook in redelijkheid zijn gemaakt en dat de hoogte van het gevorderde bedrag redelijk is, laat staan dat de gestelde (materiële) schade inderdaad is te wijten aan het handelen van de ziektekostenverzekeraar. Voor immateriële schade kent de commissie geen schadevergoeding toe. Dit volgt uit artikel 15, derde lid van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2019,

mr. L. Ritzema

## 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 euro 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.

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

### 7.2 Hoogte en omvang declaratie

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

### 7.3 Overige bepalingen t.b.v declareren

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

band met:

- een visuele beperking (gezicht);
- een auditieve beperking (gehoor);
- een communicatieve beperking (spraak) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis bij kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van 23 jaar, die niet autistisch zijn.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

Het gaat om zorg zonder dat sprake is van opname en/of verblijf. Als het medisch noodzakelijk is en voldaan is aan de voorwaarden in het indicatieprotocol omvat deze zorg ook verblijf.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

## Voorwaarden

### Algemeen

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

- een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
- een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

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

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

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

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

### Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor

zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

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

### Verwijzing

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

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

### Zorgadvies en akkoordverklaring

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

### Tarieven

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

### Plaats

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

## B.26. Wijkverpleging

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

### Zorg: waar hebt u recht op?

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



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

De zorg betreft ook verzorging van minderjarigen met een complexe somatische aandoening en / of een lichamelijke handicap met een behoefte aan permanent toezicht en zorg in de nabijheid, behalve als deze verzorging is gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

### **Integrale zorg**

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

### **Let op!**

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

### **Voorwaarden**

#### **Algemeen**

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

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

en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

### **Persoons Gebonden Budget**

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

### **Zorgverlener**

#### **Algemeen**

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

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

### **Indicatiestelling**

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

### **Verwijzing**

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

### **Zorgadvies en akkoordverklaring**

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoor-

beeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

### Tarieven

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

### Plaats

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

## B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

### Zorg: waar hebt u recht op?

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

Er moet vaststaan dat:

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

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg voor maximaal 3 maanden. Deze maximum duur is niet van toepassing op palliatief terminale zorg. In bijzondere gevallen kunnen we een langere periode toestaan;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerste lijns 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 hos-

pice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Kortdurend verblijf omvat geen geneesmiddelenzorg. U hebt tijdens het kortdurend verblijf wel recht op geneesmiddelenzorg. Voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- U heeft geen recht op 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 staat is de zorg te leveren, of de zorg alleen kan volhouden als hij/zij een adempauze krijgt. Deze zorg valt onder de Wet Maatschappelijke ondersteuning. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente;
  - u jonger bent dan 18 jaar. De zorg valt dan onder de Jeugdwet. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente.

### Voorwaarden

#### Zorgverlener

Een specialist ouderenzorg en/of arts verstandelijk gehandicapten verlenen de geneeskundige zorg in samenwerking en/of afstemming met de huisarts.

De verzorgende of verpleegkundige verleent de zorg in afstemming met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde / arts verstandelijk gehandicapten. De huisarts kan de zorg ook zelf verlenen.

Als het gaat om paramedische zorg verleent een paramedicus de zorg. In artikel B.8 tot en met B.11 kunt u onder het kopje "zorgverlener" zien welke zorgverlener welke paramedische zorg mag verlenen.

#### Zorgadvies en akkoordverklaring

Als verblijf voor medisch noodzakelijke zorg, anders dan palliatief terminale zorg, langer duurt dan 3 maanden, hebt u een akkoordverklaring van ons nodig.

#### Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een spe-