



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen ASR Basis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, 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

Zaaknummer : 201900206

Zittingsdatum : 5 februari 2020

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

1. Partijen

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

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 18 juli 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 15 oktober 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 13 november 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019051099) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 november 2019 aan partijen gestuurd. De commissie heeft verzoekster daarbij verzocht om een nadere onderbouwing van de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg door de indicierend wijkverpleegkundige. Verzoekster heeft op 23 januari 2020 nadere informatie van de indicierend wijkverpleegkundige overgelegd. Een kopie hiervan is op 24 januari 2020 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 februari 2020 gehoord.
- 2.5. De commissie heeft verzoekster in vervolg op de hoorzitting opnieuw de mogelijkheid geboden de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg nader te laten onderbouwen door de indicierend wijkverpleegkundige. Bij brief van 10 april 2020 heeft verzoekster informatie van de indicierend wijkverpleegkundige overgelegd. Een kopie is op 14 april 2020 aan de zorgverzekeraar gestuurd, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij brief van 20 april 2020 heeft de zorgverzekeraar van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie is op 21 april 2020 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 21 april 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 23 april 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie is op 24 april 2020 aan partijen gezonden. Daarbij is hen de mogelijkheid geboden op het definitief advies te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 28 april 2020 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie is op 1 mei 2020 ter informatie aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 4 mei 2020 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 8 mei 2020 aan de zorgverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2017 via een gevolmachtigde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoekster heeft zorg nodig in verband met diverse lichamelijke klachten. Deze zorg wil zij inkopen bij haar echtgenoot door middel van een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB vv). Ten behoeve hiervan heeft de indicierend wijkverpleegkundige bij verzoekster een indicatie gesteld voor negentien uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 17 oktober 2017 tot en met 17 oktober 2018. Verzoekster heeft vervolgens een aanvraag bij de zorgverzekeraar ingediend voor een PGB vv conform deze indicatie.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Anamnese + Risicosignalering invulregistratie-formulier' over verzoekster vermeld:

"(...)

Ziekte en aandoeningen:

Pijnklachten bij de benen zodanig dat mevrouw niet kan staan of lopen. Zelfs aanraken is pijnlijk.

Post traumatische stress stoornis

Gegeneraliseerde angststoornissen

Rugklachten

Polycysteus ovarium syndroom

(...)

Mictie: mevr heeft hulp nodig om naar het toilet te gaan. Is beperkt door pijn in de benen. Last van krampen in de vagina. Drinkt weinig om zo min mogelijk naar toilet te gaan. Def: vanwege medicatie last van dunne def. Incontinentie: met name bij angststoornissen.

Hulp bij toiletgang volgens mevrouw 6-7x per dag

(...)

Pijnklachten aan been zijn voorsnog niet te verklaren door lichamelijk onderzoek, mevrouw zit nog in het onderzoekstraject. Is vanuit de psychiatrie doorverwezen naar de neuroloog en Soma onderzoek van het VUMC. Behandelpun volgt op 26 oktober. Herstel zal nog jaren gaan duren is voorheen al door artsen medegedeeld. Angst/paniek aanvallen uiten zich via hyperventilatie, brok in de keel, pijn achter op het hoofd, misselijkheid, urine verlies.

(...)"

3.4. Het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige van 17 oktober 2017 luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Hulpvraag

P: Zelfzorgtekort wassen/lichaamsverzorging

E: Ten gevolge van klachten zoals benoemd in anamnese

C. is niet in staat om lichaamsverzorging geheel zelfstandig uit te voeren door krachtverlies in benen en pijnklachten

Doel

Cl. is dagelijks gewassen, lichaam is verzorgd en geeft aan tevreden te zijn over de mate waarin zij haar lichaam schoon en verzorgd kan houden

Zorgafpraak/Actie

Cl. dagelijks hulp bieden bij: wassen/douchen en aankleden, verplaatsen en overige lichaamsverzorging 50 min/d[a]g

Cl. dagelijks hulp bieden bij het klaarmaken voor de nacht 20 min/dag

Cl. 5xd[aa]gs ondersteunen naar toilet en indien hulp nodig bij persoonlijke hygiëne 100 min/dag

(...)"

3.5. Bij brief van 11 december 2017 is door de betrokken psychiater en psychomotorisch therapeut over verzoekster verklaard:

"(...)

AANLEIDING SECOND OPINION

Patiënte is in behandeling bij de polikliniek complex trauma, alwaar zij EMDR behandeling krijgt bij collega [naam], GZ-psycholoog, en een medicatiecontact bij collega [naam], psychiater. Echter stagneert deze behandeling vanwege een veelheid van lichamelijke klachten waardoor zij moeilijk of te laat op afspraken komt. Verzoek aan ons is meedenken in de diagnostiek en nagaan welke behandel mogelijkheden er zijn.

(...)

Samenvatting psychomotorisch onderzoek:

- 1.) *Patiënte zit in een rolstoel, zij kan met hulp 10 meter lopen*
- 2.) *Uitvalverschijnselen, vaak als zij wakker wordt in de ochtend, patiënte kan dan helemaal niet bewegen en is tegen de middag pas mobiel.*
- 3.) *Pijnklachten over het gehele lichaam, brandende pijn en alsof zij met naalden geprikt wordt. Zij ervaart meer pijn aan de rechterzijde van haar lichaam.*
- 4.) *Het gevoel te stikken.*
- 5.) *Overgeven en diarree zodra zij naar een afspraak gaat in een ziekenhuis of met andere hulpverleners.*
- 6.) *Herbelevingen die vrijwel de hele dag aanwezig zijn en verergeren bij arts-bezoek. De angst voor artsen is zo groot dat de flight-fight response in extreme wordt geactiveerd en haar darmen en maag reageren op loslaten van alles zodat ze goed mogelijk kan vluchten. Vanuit het onderzoek bestaat een sterk vermoeden dat er sprake is van nabootsing (bij alleen conversie, zou zij niets waarnemen en geen reactie geven), onbewust wil patiënte iemand die voor haar zorgt zoals haar vader dat deed en dat er iemand is die haar veiligheid waarborgt. In dit geval is dit haar partner. Hij kan het niet helemaal goed doen, want hij is niet zoals haar vader. Er is sprake van een pijnstoornis nabootsing en een autonomieprobleem.*

(...)

CONCLUSIE

Ernstig zieke 32 jarige uit Roemenië afkomstige vrouw met naast PTSS, complexe PTSS en identiteitsproblematiek een conversiestoornis met deels nagebootste stoornis, met daarbij ook soort fysiek uitende paniekaanvallen. Vanwege een veelheid aan negatieve ervaringen met artsen is zij extreem angstig voor contact met artsen en ze ervaart veel wantrouwen jegens mensen op straat. Blootstelling aan artsen/mensen op straat zorgt voor paniek, overgeven, darmproblemen en uitvalsverschijnselen. Luxerende factoren zijn overlijden van vader in 2015, het feit dat zij een IVF-behandeling wil starten en dat er veel problemen zijn/waren met de ex-vrouw van echtgenoot. Patiënte heeft slechte ervaringen met hulpverleners, maar heeft een positief behandelcontact gehad met een psychiater die helaas vanwege familieomstandigheden de (EMDR)behandeling moest staken.

DSM-classificatie

300.11 Conversiestoornis

300.19 Nagebootste stoornis .

301.9 Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (H)

309.81 B Posttraumatische stressstoornis

617.9 Endometriose nno

620.2 Ovarium cyste

V63.9 Gezondheidsvoorzieningen niet beschikbaar of niet toegankelijk

GAF huidige situatie: 35

GAF voorgaande hoogste: 50

ADVIES EN BELEID

Traumabehandeling lijkt een belangrijke behandeling, maar deze kan niet lukken door fysieke klachten op het moment van de afspraken die maken dat ze niet kan komen, dat allemaal angst-geïnduceerd lijkt. Hierdoor wordt in eerste instantie gedacht aan een klinische behandeling. Hierin zou dan autonomieversterkend gewerkt kunnen worden met versterking van interne veiligheidssysteem.

*Patiënte wil echter geen klinisch traject. Hierop denken wij aan instelling van een antipsychotisch medicament om de waanachtige angst te verlagen. Mogelijk moet deze behandeling in een FACT-team georganiseerd worden, daar dit team ook meer out-reachend kan werken. In 2e instantie, als het mogelijk is op regelmatige basis te komen, kan de EMDR-behandeling weer opgepakt worden. Pas daarna kan gekeken worden of verdere behandeling om toe te komen aan haar doel haalbaar is, namelijk weer kunnen lopen. In de tussentijd kan een psychosomatische fysiotherapeut met patiënte aan de slag om verdere achteruitgang in fysieke toestand te voorkomen.
(...)"*

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft in verband met de beoordeling van de aanvraag contact gehad met verzoekster en haar echtgenoot, en de indicierend wijkverpleegkundige. Vervolgens heeft hij verzoekster bij brief van 25 januari 2018 meegedeeld dat hij haar geen PGB vv toekent.
- 3.7. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Laatstgenoemde heeft in het kader van zijn heroverweging onder andere de indicierend wijkverpleegkundige en de behandelend psycholoog benaderd. Bij brief van 18 juli 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.8. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 13 november 2019 luidt, voor zover hier van belang:
“(…)
De behoefte aan verpleegkundige zorg (in de vorm van, grotendeels, verzorging) is duidelijk. Deze behoefte komt voort uit het psychiatrisch ziektebeeld van verzoekster. Ook psychiatrische zorg valt onder het begrip geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Gelet op de ernst van de problematiek kan in het geval van verzoekster sprake zijn van een hoog risico op geneeskundige zorg. Mocht verzoekster een deel van de geïndiceerde zorg niet ontvangen dan heeft dat mogelijk nadelige gevolgen, denk aan decubitus en smetten. De risico's staan echter niet beschreven in het dossier. Daarom kan niet worden vastgesteld of er sprake is van een geneeskundige context.
Nader onderzoek
Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op een PGB vv dient de geneeskundige context nader onderbouwd te worden.
(…)
Conclusie
In het geval van verzoekster is mogelijk sprake van een hoog risico op geneeskundige zorg. Dat betekent dat een deel van de geïndiceerde zorg voor vergoeding in aanmerking kan komen ten laste van de Zvw en niet onder de Wmo valt. Om daar uitsluitel over te kunnen geven dient de geneeskundige context nader onderbouwd te worden.
Het advies
Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande adviseert het Zorginstituut nader onderzoek te laten verrichten met inachtneming van het vorenstaande.
(...)"
- 3.9. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 7 januari 2020, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:
“(…)
Als bijlage de decubitus risico inventarisatie. Bij een score van 7 of hoger is sprake van een verhoogd risico op decubitus. Ik ben op basis van de anamnese uit 2017 gekomen tot een score van 9. Er is volgens de anamnese geen sprake van gewichtsverlies, vandaar dat ik goed heb gescoord bij voedingstoestand. Vanwege de misselijkheidsklachten heb ik gekozen voor "1 week minder gegeten dan aanbevolen hoeveelheid".
(...)"
- 3.10. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 19 februari 2020 tot en met 19 februari 2021, voor zover hier van belang, het volgende vermeld:

"Mevrouw [naam verzoekster] heeft een zeer hoog risico op geneeskundige zorg, i.c. decubitus. De scorelijst CBOZIDW V1 geeft score 9 aan. Bij een score van 7 of hoger is sprake van een verhoogd risico op decubitus. Ik ben op basis van de anamnese uit 2017 gekomen tot een score van 9. De maximum score van de scorelijst is 10. Er is volgens de anamnese geen sprake van gewichtsverlies, vandaar dat ik „goed” heb gescoord bij voedingstoestand. Vanwege de misselijkheidsklachten heb ik gekozen voor „1 week minder gegeten dan aanbevolen hoeveelheid”.

De behoefte aan verpleegkundige zorg in de eigen omgeving van mevrouw heb ik bepaald naar aard, inhoud en omvang. Deze zorg is omschreven in het Zorgplan met anamnese d.d. 17 oktober 2017 en geactualiseerd omschreven in het Zorgplan met omaha aanleiding d.d. 26 maart 2020.

Alle zorgactiviteiten die worden geleverd in de eigen omgeving van mevrouw en zoals die zijn beschreven in het Zorgplan met anamnese d.d. 17 oktober 2017 en zoals die zijn beschreven in het Zorgplan met omaha aanleiding d.d. 26 maart 2020, is zorg die verpleegkundigen plegen te bieden met het oog op herstel van de gezondheid en het voorkomen van verergering van haar ziekten, i.c. decubitus.

De situatie van 26 maart 2020 is niet significant gewijzigd ten opzichte van de situatie van 17 oktober 2017.

De in het zorgplan van 17 oktober 2017 opgenomen 100 plus 50 plus 20 minuten per dag - totaal 170 minuten per dag - aan zorg die verpleegkundigen plegen te bieden is in het zorgplan van 26 maart 2020 ongewijzigd gebleven.

(...)"

- 3.11. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het e-mailbericht aan de gemachtigde van verzoekster van 9 april 2020, voor zover hier van belang, het volgende vermeld:

"(...)

Periode indicatie

Periode van de indicatie staat op het zorgplan (19-02-2020 - 19-02-2021).

Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden is ook verantwoord in het zorgplan. Als ik mevrouw met de huidige kennis over de beperkingen die zij heeft zou verzorgen dan zou ik haar zoals beschreven in het zorgplan verplaatsen van bed naar rolstoel, van rolstoel naar badkamer, aldaar wederom verplaatsen naar douchestoel, waar nodig hulp bieden bij baden en kleden en daarna weer andersom richting huiskamer of bed afhankelijk van hoe moe mevrouw is na al die inspanningen. In het kader van het bevorderen van de mobiliteit is de fysio betrokken (zie aanleiding) en de ergo aanbevolen. In het kader van zelfredzaamheidsbevordering moet mevrouw hetgeen zij zelf kan zelf doen, dat staat ook beschreven in het zorgplan.

Op basis van de scorelijst d[ie] door Cordaan gebruikt wordt heeft mevrouw een verhoogd risico op decubitus.

De situatie van 17-10- 2017 is ten aanzien van de ADL niet significant gewijzigd ten opzichte van mijn laatste huisbezoek 19-2-2020 (er zijn geen nieuwe zorggerelateerde handelingen erbij gekomen of eraf gegaan).

(...)"

- 3.12. Het definitief advies van het Zorginstituut van 23 april 2020 luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het Zorginstituut dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

De aanvullende stukken bevatten een nieuw zorgplan en een decubitus risico inventarisatie.

De geïndiceerde zorg in geschil (zorgplan en PGB vv aanvraag 2017) heeft niet specifiek betrekking op het voorkomen van decubitus. De geïndiceerde zorg betreft hulp bij het wassen/ douchen, aankleden, verplaatsen en overige lichaamsverzorging. Daarnaast behoeft verzoekster ondersteuning bij de toiletgang en hulp bij het klaarmaken voor de nacht. Deze zorg wordt niet verder onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige. Het doel van de zorg is niet duidelijk en de geneeskundige context ontbreekt nog steeds.

Het zorgplan van d.d. 26 maart 2020 kan geen onderbouwing zijn van de PGB vv aanvraag in geschil d.d. 1 december 2017. Anders dan de indicierend wijkverpleegkundige stelt lijkt de situatie van verzoekster veranderd te zijn ten opzichte van 2017. Uit de aanvullende informatie blijkt dat er

zorgvragen zijn die nog verder onderzocht moeten worden, bijvoorbeeld de tensie schommelingen en de baarmoederhalskanker. Daarnaast blijkt dat er nog gestart moet worden met bepaalde therapieën en behandelingen zoals bijvoorbeeld de fysiotherapie en ergotherapie. Dit kan van invloed zijn op de zorgvraag en lijkt niet meegenomen te zijn in het nieuwe zorgplan.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een geneeskundige context. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden haar het gevraagde PGB vv toe te kennen.

4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel 17 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het 'Reglement Zvw-pgb en/of msvt restitutie 2017' (verder: het reglement) van de zorgverzekeraar opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. In artikel 2 van het reglement is bepaald wie tot de doelgroep voor een PGB vv behoren. Tot deze doelgroep behoren verzekerden die behoefte hebben aan verpleging en/of verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze zorg moet verband houden met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Dit is de zogenoemde geneeskundige context. De zorg mag geen kraamzorg betreffen. Evenmin mag deze gepaard gaan met verblijf. Verzekerden moeten bovendien langer dan één jaar op verpleging en/of verzorging in vorenbedoelde zin zijn aangewezen. Zorg die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of een andere wettelijke regeling kan worden vergoed, is uitgesloten van de dekking van de zorgverzekering. Dit is bepaald in artikel 19 van de zorgverzekering en is conform artikel 2.1, eerste lid, Bzv.

6.3. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor een PGB vv ten behoeve van verzoekster afgewezen, omdat de geïndiceerde zorg geen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Tot deze conclusie kwam de zorgverzekeraar op basis van de psychiatrische achtergrond van de zorgvraag van verzoekster. Naar de mening van de zorgverzekeraar is om die reden sprake van een zorgvraag die behoort tot het domein van de Wmo.

6.4. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 13 november 2019 blijkt dat dit standpunt niet juist is. Ook als de behoefte aan verpleegkundige zorg voortvloeit uit een psychiatrisch ziektebeeld kan sprake zijn van verpleging en/of verzorging die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het Zorginstituut constateert dat de behoefte aan verzorging duidelijk is en dat deze behoefte voortvloeit uit de psychiatrische problematiek van verzoekster. Daarbij wijst het Zorginstituut erop dat ook psychiatrische zorg valt onder het begrip geneeskundige zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Het advies vervolgt ermee dat vanwege de ernst van de problematiek van verzoekster sprake kan zijn van zorg die verband houdt met een verhoogd risico op geneeskundige zorg. In dat geval kan de geïndiceerde zorg voor vergoeding in aanmerking

komen ten laste van de zorgverzekering, en behoort deze niet tot het domein van de Wmo. Het Zorginstituut stelt vast dat de verhoogde risico's op geneeskundige zorg niet zijn beschreven in het dossier. Daarom kan niet worden bepaald of sprake is van een geneeskundige context. Het Zorginstituut adviseert de commissie, gelet hierop, de geneeskundige context nader te laten onderbouwen.

- 6.5. De commissie heeft het advies van het Zorginstituut opgevolgd en verzoekster verzocht om een nadere onderbouwing van de geneeskundige context door de indicierend wijkverpleegkundige. Verzoekster heeft vervolgens tweemaal informatie van de indicierend wijkverpleegkundige overgelegd.
- 6.6. Het Zorginstituut constateert in het definitief advies van 23 april 2020 dat de geïndiceerde zorg niet specifiek betrekking heeft op het voorkomen van decubitus. De geïndiceerde zorg is niet onderbouwd. Het doel van de zorg is niet duidelijk. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat de geneeskundige context niet is aangetoond en dat verzoekster daarom geen aanspraak kan maken op het gevraagde PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Verder merkt het Zorginstituut op dat het nieuwe zorgplan geen onderbouwing kan zijn voor de voorliggende aanvraag uit 2017. Ook lijkt de situatie van verzoekster, anders dan de indicierend wijkverpleegkundige constateert, sindsdien wel degelijk te zijn veranderd. Er zijn zorgvragen die nader moeten worden onderzocht. Daarnaast moet nog gestart worden met bepaalde therapieën en behandelingen. Dit kan van invloed zijn op de zorgvraag.
- 6.7. Verzoekster heeft in reactie op het definitief advies gesteld dat zij op basis van de hoorzitting ervan uitging dat de geneeskundige context duidelijk was. Ook de indicierend wijkverpleegkundige ging hiervan uit. Er was alleen nog onduidelijkheid over het geïndiceerde aantal uren. In dat licht heeft de indicierend wijkverpleegkundige nadere informatie overgelegd. Desalniettemin constateert het Zorginstituut dat de geneeskundige context niet is aangetoond en worden kanttekeningen geplaatst bij de nieuwe indicatie. Vanwege de verwarring die de vraagstelling met zich heeft gebracht, meent verzoekster dat een nieuwe hoorzitting moet plaatsvinden, waarbij de nog bestaande onduidelijkheden door haar of de indicierend wijkverpleegkundige kunnen worden weggenomen. Bij een afwijzende beslissing op dit verzoek moet verzoekster de nadere mogelijkheid worden geboden schriftelijk te reageren op het definitief advies van het Zorginstituut. De zorgverzekeraar heeft, in reactie op het definitief advies, aan de commissie meegedeeld de hierin opgenomen conclusie te delen.
- 6.8. De commissie overweegt dat de opdracht, zoals verwoord in het voorlopig advies van het Zorginstituut en de brief van de commissie van 14 november 2019, duidelijk was. In het voorlopig advies staat helder beschreven dat het Zorginstituut niet kan vaststellen of sprake is van een geneeskundige context, omdat de hoge risico's op geneeskundige zorg niet zijn benoemd. Uitgelegd is dat met dit laatste wordt bedoeld op de mogelijke nadelige gevolgen die kunnen intreden als verzoekster de geïndiceerde zorg niet ontvangt. Als voorbeelden van dergelijke hoge risico's op geneeskundige zorg zijn decubitus en smetten genoemd.
- 6.9. Zoals uit de aantekeningen van de hoorzitting blijkt, heeft de commissie ter zitting toegelicht dat de nadere informatie, met uitzondering van de hulp bij het verplaatsen, niet aantoonde dat de geïndiceerde zorgactiviteiten verband houden met een hoog risico op geneeskundige zorg. Met het oog daarop is verzoekster nogmaals de mogelijkheid geboden de geneeskundige context te laten onderbouwen door de indicierend wijkverpleegkundige. Tevens heeft de commissie verzocht om een nadere specificatie van de geïndiceerde tijd.
- 6.10. Het voorgaande was ook de echtgenoot en de gemachtigde van verzoekster helder. Haar echtgenoot deelde de commissie ter zitting mee dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft vastgesteld dat bij verzoekster sprake is van een hoog risico op decubitus. Voorts heeft hij gevraagd of hij goed begrijpt dat de onderbouwing van de indicierend wijkverpleegkundige moet worden aangevuld. De commissie heeft hierop geantwoord dat de risico's per zorgactiviteit moeten worden gespecificeerd. De gemachtigde van verzoekster heeft op dat moment bovendien zelf opgemerkt

dat de hulp bij de toiletgang niets heeft te maken met decubitus. De commissie heeft vervolgens verklaard dat de gestelde indicatie, onder andere op dat punt, duidelijk moet worden. De stelling van verzoekster dat de geneeskundige context duidelijk was, en dat het uitsluitend nog ging om het aantal geïndiceerde uren, kan daarom niet overtuigen.

- 6.11. Verzoekster heeft na de hoorzitting informatie van de indicierend wijkverpleegkundige overgelegd. Deze informatie betrof een nieuwe indicatie en enkele verklaringen daaromtrent.
- 6.12. De commissie is van oordeel dat de ter zitting verstrekte opdracht voldoende duidelijk was. Aan deze opdracht heeft verzoekster zich niet gehouden. In plaats van een nadere onderbouwing van de indicatie uit 2017 aan te leveren, is een nieuwe indicatie gesteld. Deze nieuwe indicatie kan volgens het Zorginstituut niet dienen als onderbouwing van de indicatie uit 2017. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Dat de indicierend wijkverpleegkundige ervan uitging dat de geneeskundige context al was aangetoond, kan niet overtuigen. Hiermee miskent verzoekster de specifieke deskundigheid die van een HBO-verpleegkundige mag worden verwacht op het gebied van indiceren. Van een HBO-wijkverpleegkundige mag, mede gelet op de geldende beroepsnormen ten aanzien van het indiceren van verpleging en verzorging, worden verwacht dat zij weet wanneer sprake is van een deugdelijke onderbouwing van een indicatie op het punt van de geneeskundige context. De enkele constatering dat sprake is van een verhoogd risico op decubitus is in dat verband niet toereikend, hetgeen voor de indicierend wijkverpleegkundige bekend mag worden verondersteld.
- 6.13. Uit het voorgaande valt op te maken dat verzoekster, in vervolg op de hoorzitting, de mogelijkheid heeft gehad alsnog te onderbouwen dat de geïndiceerde zorgactiviteiten verband houden met een hoog risico op geneeskundige zorg. Hierin is zij niet geslaagd. De commissie ziet daarom geen aanleiding een nieuwe hoorzitting te gelasten of verzoekster in de gelegenheid te stellen nogmaals schriftelijk te reageren op het definitief advies van het Zorginstituut buiten hetgeen zij in de brief van 4 mei 2020 al als reactie op het definitief advies had gegeven. Dat het Zorginstituut kanttekeningen heeft geplaatst bij de nieuwe indicatie maakt dit niet anders. De nieuwe indicatie is voor de beoordeling van het voorliggende verzoek niet relevant. Hetzelfde geldt voor het feit dat de commissie ter zitting heeft meegedeeld dat de relatie tussen de hulp bij het verplaatsen en een hoog risico op geneeskundige zorg duidelijk was. De aanname daarbij was, op basis van hetgeen de echtgenoot van verzoekster ter zitting heeft aangevoerd, dat de geïndiceerde hulp bij het verplaatsen zag op hulp bij het aannemen van een andere zit- of lighouding. Uit de informatie van de indicierend wijkverpleegkundige die nadien is overgelegd, blijkt echter dat de hulp bij het verplaatsen betrekking heeft op hulp bij het maken van transfers. De relatie tussen deze zorg en het verhoogde risico op decubitus is niet zonder meer duidelijk. Dat nieuwe informatie beschikbaar kon komen, waardoor het voorlopig oordeel ten aanzien van de hulp bij het verplaatsen zoals meegedeeld ter zitting zou wijzigen, ligt in de risicosfeer van verzoekster.
- 6.14. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut van 23 april 2020 over. Dit betekent dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat de geïndiceerde zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op het gevraagde PGB vv.
- 6.15. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat de zorgverzekeraar haar niet heeft gezien, en de indicierend wijkverpleegkundige wel, maakt het oordeel van de commissie niet anders.
- 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2020,



L. Ritzema





BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Opzeggen kunt u (verzekeringnemer) op de volgende manieren:

- u zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- u maakt voor 31 december gebruik van de overstapservice.

Als u uiterlijk op 31 december een nieuwe basisverzekering bij ons sluit voor het volgende jaar, zeggen wij uw de basisverzekering bij de andere zorgverzekeraar op.

Als u onverhoopt bij twee verzekeraars verzekerd blijkt te zijn, dan regelen de zorgverzekeraars onderling dat u slechts bij één zorgverzekeraar verzekerd blijft.

Tussentijds opzeggen

Opzeggen gedurende het kalenderjaar is alleen mogelijk in de volgende gevallen:

- u (verzekeringnemer) hebt iemand anders dan uzelf verzekerd en die ander wordt via een andere basisverzekering verzekerd. Wij moeten daarbij wel een bewijs van inschrijving van de nieuwe verzekering van u ontvangen. Als wij de opzegging ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering, dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd;
- bij wijziging van de premiegrondslag of polisvoorwaarden in uw nadeel. De basisverzekering eindigt dan op dag waarop de wijziging in uw premie of voorwaarden ingaat. U heeft 30 dagen de tijd voor uw schriftelijke opzegging nadat wij u over de wijziging hebben geïnformeerd. Bij een wijziging van de voorwaarden of premie als gevolg van een wettelijke bepaling geldt deze opzeggingsgrond niet;
- u (verzekeringnemer) bent collectief bij ons verzekerd en treedt in dienst bij een andere werkgever met een andere collectieve basisverzekering. U kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve basisverzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de maand is of anders op de eerste dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve basisverzekering eindigt diezelfde dag. Bij het beëindigen van de polis vervallen alle eventuele kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel;
- u onlangs 18 jaar bent geworden en u wilt overstappen naar een andere verzekeraar.

Deze opzegmogelijkheden gelden niet:

- tijdens de periode dat u (verzekeringnemer) de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen heeft betaald (zie artikel 12), tenzij wij uw opzegging binnen 2 weken bevestigen;
- tijdens de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, als u bent verzekerd via de Regeling onverzekerden van het CAK.

Beëindiging van uw basisverzekering van rechtswege

Wij beëindigen uw basisverzekering met ingang van de dag volgende op de dag:

- waarop wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden doordat onze vergunning hiervoor is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u in dat geval uiterlijk 2 maanden van tevoren bericht.
- bij overlijden. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gesteld;
- dat de verzekeringsplicht eindigt wanneer iemand niet meer is verzekerd voor de Wlz of als u als militair in werkelijke dienst gaat. U moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen stellen wij u zo snel mogelijk op de hoogte per welke datum wij de basisverzekering beëindigen en met welke reden.

ARTIKEL 17 HEROVERWEGING EN KLACHT

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Bent u het niet eens met onze beslissing? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@amersfoortse.nl. Ook kunt u een brief sturen aan De Amersfoortse, t.a.v. de afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht of met ons bellen op (033) 464 20 61.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en bent u het daar niet mee eens? Dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Hebt u een klacht, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met ons, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Dit kan via het klachtenformulier op onze website www.amersfoortse.nl/zorg of door een brief te sturen aan De Amersfoortse Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. U kunt ons ook bellen op (033) 464 20 61.

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

ARTIKEL 18 GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 18.1 Audiologische zorg

Wij vergoeden zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- u adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- u voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is;
- u helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij uw kind.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdarts, consultatiebureauarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 18.2 Buitenland

U woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland.

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan. Wij vergoeden maximaal tot het marktconforme tarief.

[Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website:](https://www.amersfoortse.nl/ondernemer/zorgverzekering/paginas/vergoedingnietgecontracteerdezorg.aspx)

<https://www.amersfoortse.nl/ondernemer/zorgverzekering/paginas/vergoedingnietgecontracteerdezorg.aspx>

U woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

U woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar u de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

Bevalling en kraambed thuis

Wij vergoeden verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) thuis.

Wij vergoeden ook:

- de inschrijving, intake en de partusassistentie zoals vastgesteld aan de hand van het Landelijke Indicatie Protocol;
- kraamzorg maximaal 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van u (de moeder) en uw kind en wordt vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,30 per uur.

U kunt zelf een (gecontracteerd) kraamzorgbureau kiezen en kraamzorg aanvragen via www.amersfoortse.nl/zorg.

U kunt daarvoor het woord 'kraamzorg' invullen in het scherm 'Stel uw vraag'.

Kraamzorg aanvragen kan ook via TSN Kraamzorgbemiddeling op nummer (079) 343 04 68 of via (033) 464 28 84

Prenatale screening

Wij vergoeden voor een vrouwelijke verzekerde prenatale screening. Hieronder verstaan wij:

- counseling: hiermee bedoelen wij informatieverstrekking over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, (zodat u een weloverwogen beslissing kan nemen) uw zorgverlener dient te beschikken over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek;
- structureel echoscopisch onderzoek: Een structureel echoscopisch onderzoek wordt alleen vergoed als er sprake is van een samenwerkingsafpraak tussen uw zorgverlener en een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek beschikt.
- combinatietest: alleen vergoeding als u vanuit uw medische historie een verhoogd risico heeft op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau.
- niet-invasieve prenatale test (NIPT): alleen vergoeding als u een combinatietest heeft ondergaan waaruit blijkt dat er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking is.
- invasieve diagnostiek: alleen vergoeding als u vanuit uw medische historie een verhoogd risico heeft op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau of er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking aangetoond is door middel van uw combinatietest of NIPT. Het gaat hierbij om vlokkentest en vruchtwaterpunctie.

Preconceptieconsult

Wij vergoeden voor u (vrouwelijke verzekerde) het preconceptieconsult. Het betreft hierbij de zorg die beschreven is in de NHG-richtlijn 'pre-conceptiezorg' geleverd door een verloskundige of een huisarts.

Plaatsen IUD door verloskundige niet vergoed

Het plaatsen van een IUD (Intra-Uterine Device; spiraaltje) door een verloskundige wordt door ons niet vergoed. U kunt voor het plaatsen van een IUD terecht bij uw huisarts of na doorverwijzing bij een medisch specialist.

Artikel 18.24 Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging

Wij vergoeden 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. Er is sprake van geneeskundige zorg als het zorg is zoals omschreven in artikel:
 - 18.4 (Diëtetiek);
 - 18.7 (Ergotherapie);
 - 18.9 (Fysiotherapie en oefentherapie);
 - 18.10 (Generalistische Basis GGZ);
 - 18.11 (Gespecialiseerde GGZ);
 - 18.12 (Huisarts);
 - 18.14 (Logopedie);
 - 18.16 (Medisch specialistische zorg);
 - 18.18 (Oncologische zorg bij kinderen);
 - 18.19 (Organtransplantaties);
 - 18.20 (Revalidatie);
 - 18.21 (Stoppen met rokenprogramma);
 - 18.23 (Verloskundige zorg en kraamzorg);
 - 18.27 (Zintuiglijke gehandicaptenzorg).
- niet al wordt vergoed uit de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo)
- niet samengaat met verblijf als bedoeld in artikel 18.5 (Eerstelijns verblijf), 18.11 (Gespecialiseerde GGZ), 18.16 (Medisch specialistische zorg), 18.20 (Geriatrische revalidatiezorg) en in een Wlz-instelling; en

- voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt: de kosten van verzorging worden alleen vergoed als complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap de verzorging noodzakelijk maken, en daarbij ook:
 - sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
 - 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die samengaat met één of meer verpleegkundige handelingen.

Kwalificaties

U heeft een indicatie van een (wijk)verpleegkundige (niveau 5) nodig. De indicatie is vastgesteld volgens het Normenkader Verpleging en Verzorging van de V&VN. De (wijk)verpleegkundige (niveau 5) stelt samen met u een dynamisch zorgplan op. Dat wil zeggen dat het zorgplan geëvalueerd wordt, en daar waar de zorgvraag verandert ook wordt aangepast aan de daadwerkelijke situatie. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van een wijkverpleegkundige (niveau 5). In het zorgplan staat in ieder geval informatie over aard, omvang, duur en doelen van de zorg en het gewenste resultaat. U of uw eventuele bewindvoerder en de zorgverlener moeten het zorgplan ondertekenen.

Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

Als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zonder verblijf, kunt u een Zvw-pgb bij ons aanvragen. Hiermee kunt u zelf uw verpleging en verzorging inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn leest u in het Reglement Zvw-pgb en/of MSVT Restitutie 2017. Dit reglement maakt deel uit van deze polis.

Het Reglement Zvw-pgb en/of MSVT Restitutie 2017 kunt u vinden op www.amersfoortse.nl/zorg.

Intensieve Kindzorg

Verpleegkundig kinderdagverblijf

Naast verpleging en verzorging in de thuissituatie is het voor verzekerden jonger dan 18 jaar, vallend onder Intensieve kindzorg mogelijk om naar een verpleegkundig kinderdagverblijf te gaan.

De prestatie kan alleen gedeclareerd worden bij tenminste zes uur aanwezigheid op één dag op een locatie die ingericht is voor verpleegkundige dagopvang voor intensieve kindzorg en is inclusief de huisvestingskosten, spelmateriaal, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen (zoals hulpmiddelen voor algemeen gebruik), verpleging en verzorging en de niet-patiëntgebonden materialen, zoals verbandmiddelen en incontinentiemateriaal.

Verblijf

Verblijf op een locatie waar intensieve kindzorg geleverd kan worden, kan geïndiceerd zijn als een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is of wenselijk wordt geacht maar er thuis geen adequate zorg geleverd kan worden. Gedacht kan worden aan tijdelijke opname ter ontlasting van ouders of ter begeleiding naar overlijden (kinderhospices).

De prestatie kan alleen gedeclareerd worden als de patiënt 's nachts in de instelling verblijft en op de dag van opname voor 20:00 uur aanwezig is op een locatie ingericht voor verblijf voor intensieve kindzorg. De dag van opname en de daaropvolgende nacht gelden als één verblijfsdag.

Beide verstrekkingen kunnen niet middels een Zvw-pgb worden vergoed.

Palliatief terminale zorg

Als uw behandelend arts vaststelt dat uw geschatte levensverwachting minder is dan drie maanden, kan de wijkverpleegkundige een indicatie voor terminaal palliatieve zorg (in een thuissituatie) afgeven. Als deze zorg langer dan 3 maanden geleverd wordt moet uw zorgverlener contact opnemen met onze afdeling Zorg voor Zorg voor overleg.

De afdeling Zorg voor Zorg kunt u bereiken tijdens kantooruren op (033) 464 20 61 of via zorgadvies@amersfoortse.nl.

Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed en andere zorgonderdelen worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in deze polis verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan is het zinvol hierover contact op te nemen met onze afdeling Zorg voor Zorg.

De afdeling Zorg voor Zorg kunt u bereiken tijdens kantooruren op (033) 464 20 61 of via zorgadvies@amersfoortse.nl.

kinderen en jeugdigen tot 23 jaar kan ook een orthopedagoog-generalist eindverantwoordelijk zijn voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.

- Bij een visuele stoornis:
Een oogarts of BIG-geregistreerde GZ-psycholoog is altijd eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.

Het Besluit Zorgverzekering kunt u vinden op www.wetten.overheid.nl.

Machtigingsvereiste bij verblijf

Als er sprake is van verblijf dat geleverd wordt in combinatie met extramuraal zintuiglijk gehandicaptenzorg, dan moet u of uw zorgaanbieder namens u voor de start van het verblijf een machtiging bij ons aanvragen. Om deze machtiging af te kunnen geven ontvangen wij graag:

- een verwijfsbrief zoals hierboven beschreven bij 'Verwijzing';
- het voorgestelde behandelplan;
- een onderbouwing voor de reden van het verblijf volgens het Indicatieprotocol Zintuiglijk Gehandicapten;
- een indicatie voor de verwachte duur van het verblijf.

Uw aanvraag wordt vertrouwelijk behandeld. U kunt deze sturen naar onze medisch adviseur:

De Amersfoortse
t.a.v. medisch adviseur ZG
Postbus 2072
3500 HB UTRECHT
Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'

Wij vergoeden geen:

- onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar);
de zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingstoornis vanaf 23 jaar.

ARTIKEL 19 UITSLUITINGEN

Wij vergoeden geen:

- zorg die vanuit de Wlz, Jeugdwet, Wmo of andere wettelijke regeling(en) voor vergoeding in aanmerking komt.
- eigen bijdrage die u betaalt volgens de Wlz, Wmo of voor bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- vaccinaties tegen griep;
- alternatieve geneeswijzen;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de verzekerde, als deze niet medisch noodzakelijk is;
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte tijdens een reis;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel gaas bij verloskundige zorg;
- kosten omdat u niet op een afspraak bij een zorgverlener bent verschenen;
- consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;

- volledige schade als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar. U krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de NHT. Op grond van artikel 33 en 55 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan de overheid als gevolg van een catastrofe, zoals terroristische handelingen, een extra bijdrage leveren aan de zorgverzekeraars en hun verzekerden.

CLAUSULE TERRORISME

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking kunt u bij ons opvragen.

CONTACTGEGEVENS

Algemeen

www.amersfoortse.nl/zorg

Telefoon: (033) 464 20 61

Bezoekadres:

Archimedeslaan 10

3584 BA Utrecht

Postadres:

Postbus 2072

3500 HB Utrecht

Afdeling Zorg Acceptatie

Email: zorg.polis@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Declaraties

Email: zorg.declaraties@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Medisch

E-mail: zorg.medisch@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg voor Zorg

Email: zorgadvies@amersfoortse.nl

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u

1. behoefte heeft aan verpleging, 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.

Uitzondering:

2. onder de zorg zoals benoemd in 2.1. valt niet de verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:
 - er behoefte is aan permanent toezicht, of
 - 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en deze zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
4. 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 Toegang tot het Zvw-pgb

U voldoet aan **alle** van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie (dat niet ouder is dan 3 maanden) voor verpleging, verzorging en/of MSVT zoals benoemd in art. 2.1 en 2.2 van dit reglement;
2. u bent naar het oordeel van de verzekeraar 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:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget (pgb) in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnr) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.
3. u bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
4. u bent naar het oordeel van de verzekeraar 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 het oordeel van de verzekeraar 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 het oordeel van de verzekeraar niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zal de zorgverzekeraar u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel 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. u verleent geen medewerking (meer) aan een “Bewust-keuze gesprek” dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het Bewust-keuze gesprek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;

Zorgverzekeringswet

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

1. 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.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

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 die op grond van artikel 2.10, tweede lid, valt onder de zorg voor verzekerden tot achttien jaar.