



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), beëindiging met terugwerkende kracht, terugvordering

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.10 en 2.15 Bzv, 2.15a tot en met 2.15c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201900791

Zittingsdatum : 23 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 22 maart 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 22 juli 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 17 april 2018 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 16 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.3. Bij brief van 24 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 16 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De looptijd van het PGB vv is 12 april 2018 tot en met 31 december 2018.
- 3.4. Op 2 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een rapport ontvangen van de NRK Aachen Rehabilitationkliniek. Hieruit lijkt te volgen dat de zorgbehoefte van verzoeker is afgenomen. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 29 augustus 2018 geadviseerd een nieuwe indicatie te laten stellen.
- 3.5. Bij brief van 15 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht een nieuwe indicatie te laten stellen en een nieuwe aanvraag in te dienen voor een PGB vv.
- 3.6. Verzoeker heeft op 13 november 2018 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv op basis van 16 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.7. Bij e-mailbericht van 20 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal vragen gesteld aan de indicierend wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie. In reactie hierop heeft de verpleegkundige bij e-mailbericht van 22 november 2018 verklaard:

*"Ik heb ondanks uitgebreid aanvragen van mevr. over het verhogen van de indicatie (vertelde dat hij heel veel 's nachts wakker is en het hele gezin daarmee uit de slaap houdt) mij gehouden aan de indicatie van april. Echter, ik ben afgelopen weekend dit gezin tegengekomen terwijl ik aan het winkelen was, waarbij meneer gewoon rondliep. Ik wilde vandaag met mijn collega PGB indiceerder overleggen omdat ik denk dat ik voor de gek gehouden ben door mevr. en haar partner. Ik weet dat zij statushouders zijn en van Albanese afkomst. Naar mijn idee nu (nadat ik zaterdag echtbaar heb zien winkelen) hebben zij mij een verkeerd beeld van de situatie geschetst. Voelde me zaterdag jl. dan ook behoorlijk in mijn hemd gezet door wat ik zag. Omdat ik dit nog niet eerder meegemaakt had wilde ik met mijn collega overleggen hoe ik dit moet aanpakken. Maar omdat jullie zelf al vraagtekens zetten wil ik dit wel bevestigen met mijn observatie van afgelopen week. Bij het indiceren in april was de situatie redelijk naargeestig en leek het of meneer ook echt niets zelf kon, lag op de bank, en sliep ook (snurken tussen door). Heb toen nog op weg terug gedacht om nog te overleggen met HA. En toen ben ik op de handelingen die mevr. vertelde te doen (en meegenomen uit de voorgaande indiceerder) op een andere uitkomst gekomen.*

*In het verslag van toen schreef ik het volgende:*

- Herseninfarct: status na 2013
- Nacht: slaapt slecht, veel pijn, paracetamol
- Epileptische aanvallen 2 tot 3 keer per week
- Douchen 2x per dag vanwege transpireren en incontinentie
- Medicatie aanreiken omdat hij het niet zou snappen en afatisch is (roept alleen zijn eigen naam) en de depakine bij epileptische aanvallen, hoofdpijnklachten paracetamol
- Meneer toont geen eigen initiatief, alles moet voorgedaan/overgenomen worden
- Meneer claimt veel tijd en ook kinderen worden erin meegezogen
- Maaltijden worden deels overgenomen deels zelfstandig (zij levert ook meer zorg dan wellicht gewenst, maar vanwege andere cultuur wel zo meegenomen)

*Zij vertelde toen ook dat hij na 3 maanden revalidatie eruit gezet was en er niet meer te behalen was? Maar had toen nog afspraak op 20-04. Nu was er nog een afspraak lopende met gemeente."*

3.8. Bij brief van 18 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor een PGB vv is afgewezen.

3.9. Bij brief van 18 januari 2019 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.10. Bij brief van 31 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij het gedeclareerde PGB vv van verzoeker terugvordert met terugwerkende kracht tot en met 2 juli 2018. Bij brief van 9 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een bedrag van € 5.698,88 terugvordert.

3.11. Bij brief van 8 maart 2019 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 13 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

3.12. Bij e-mailbericht van 11 juli 2019 heeft de indicierend wijkverpleegkundige verklaard dat zij bij haar besluit blijft de indicatie, die zij op 13 november 2018 heeft gesteld, in te trekken.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) De ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem met ingang van 12 april 2018 een PGB vv toe te kennen op basis van 16 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden af te zien van de terugvordering van het PGB vv met terugwerkende kracht tot en met 2 juli 2018.

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 een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op verpleging en verzorging en het recht op een PGB vv zijn opgenomen 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. In artikel B.26. van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op verpleging en verzorging. In het 'Reglement Zvw-pgb' (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar is nader beschreven wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op een PGB vv. Op grond van artikel 3 van het reglement dient een verzekerde in het bezit te zijn van een indicatie voor verpleging en verzorging. Uit artikel 5 van het reglement volgt dat deze indicatie moet zijn gesteld door een HBO-verpleegkundige (niveau 5). Op grond van artikel 8 van het reglement is een verzekerde verplicht een nieuwe indicatie te laten stellen als de aard, omvang of duur van de zorgvraag wijzigt. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van de gezondheidssituatie. Op grond van artikel 9 van het reglement kan het PGB vv worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht als een verzekerde niet voldoet aan de in het reglement gestelde verplichtingen.

**Zorgverzekering - aanvraag voor een PGB vv**

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij op 2 juli 2018 een rapportage ontving van de NRK Aachen Rehabilitationkliniek. Hierin staat dat verzoeker trappen kan lopen en dat hij ADL zelfstandig is. Hieruit heeft de ziektekostenverzekeraar afgeleid dat de zorgbehoefte van verzoeker was afgenomen. Om die reden is verzoeker bij brieven van 29 augustus 2018 en 15 oktober 2018 verzocht een nieuwe indicatie te laten stellen. Op 16 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ontvangen. De onderliggende indicatie is echter door de indicierend wijkverpleegkundige ingetrokken. Dit blijkt uit het e-mailbericht van 22 november 2018. Dit betekent dat er vanaf dat moment geen geldige indicatie meer was voor verpleging en verzorging en verzoeker geen recht had op een PGB vv. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar besloten het PGB vv dat is gedeclareerd na 2 juli 2018 van verzoeker terug te vorderen. Daarbij wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat verzoeker niet heeft voldaan aan zijn verplichtingen als beschreven in artikel 8.4 van het reglement.

- 6.4. Verzoeker voert aan dat de ziektekostenverzekeraar er ten onrechte van uitgaat dat zijn zorgbehoefte is afgenomen. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar het rapport waarop hij zijn bevindingen baseert niet aan verzoeker gestuurd, laat staan hem in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verder is hij van mening dat de indicatie die op 16 november 2018 is gesteld ten onrechte is ingetrokken. Volgens verzoeker is ook niet duidelijk waarom de indicierend wijkverpleegkundige dit heeft gedaan. Ook hier geldt dat geen hoor en wederhoor heeft plaatsgevonden en de ziektekostenverzekeraar zonder enig overleg met verzoeker tot een besluit is gekomen. Dat dit besluit kennelijk onjuist is, volgt uit het feit dat op 18 januari 2019 opnieuw een indicatie is gesteld op basis van 16 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 6.5. De commissie overweegt dat verzoeker op het moment van de aanvraag op 13 november 2018 geen geldige indicatie had voor verpleging en verzorging, omdat de indicierend wijkverpleegkundige heeft besloten de door haar gestelde indicatie in te trekken. Gelet op haar verklaring hierover en de inhoud van het rapport van de NRK Aachen Rehabilitationkliniek komt dit de commissie niet vreemd voor. Zonder een geldige indicatie heeft verzoeker geen aanspraak op verpleging en verzorging. Zonder geldige indicatie heeft verzoeker evenmin recht op een PGB vv. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag terecht heeft afgewezen.

#### **Zorgverzekering - terugvordering**

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden eventuele declaraties in het kader van het PGB vv vanaf 13 november 2018 aan verzoeker te vergoeden. Verzoeker had vanaf dat moment immers geen recht meer op een PGB vv. Indien een eventuele vergoeding toch heeft plaatsgevonden, dan is deze onverschuldigd betaald. Op grond van artikel 6:203 BW mag de ziektekostenverzekeraar deze vergoeding van verzoeker terugvorderen.
- 6.7. De commissie overweegt dat verzoeker op grond van artikel 8.4 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) verplicht is een nieuwe indicatie te laten stellen in het kader van het PGB vv bij wijziging van zijn zorgvraag. Als verzoeker niet aan deze verplichting voldoet, kan de ziektekostenverzekeraar besluiten het PGB vv te herzien of met terugwerkende kracht in te trekken. Dit staat in artikel 9 van het reglement.  
De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander in zijn brief van 29 augustus 2018 aan verzoeker niet als zodanig verwoord. In deze brief *adviseert* hij verzoeker slechts een nieuwe indicatie te laten stellen en vraagt hij hem dit vóór 15 oktober 2018 te laten doen. In de brief van 15 oktober 2018 vraagt de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker om gegevens van een nieuwe indicatie zo snel mogelijk in te sturen. In geen van beide brieven waarschuwt de ziektekostenverzekeraar verzoeker voor de gevolgen die zijn verbonden aan het niet voldoen aan de vraag van de ziektekostenverzekeraar. Evenmin wijst de ziektekostenverzekeraar op het feit dat hij in strijd handelt met bepalingen uit het reglement. Onder deze omstandigheden is het de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan het PGB vv met terugwerkende kracht tot 2 juli 2018 terug te vorderen. Dit leidt tot de conclusie dat de terugvordering mogelijk is vanaf het moment dat geen geldige indicatie meer aanwezig was, dus vanaf 13 november 2018.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) De ziektekostenverzekeraar het aan verzoeker toegekende PGB vv over de periode van 2 juli 2018 tot 13 november 2018 niet van hem mag terugvorderen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het aan verzoeker toegekende PGB vv vanaf 13 november 2018 van hem mag terugvorderen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 6 november 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester



# Burgerlijk Wetboek Boek 6

## *Artikel 203*

- 1 Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
- 2 Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
- 3 Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

---

# 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.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.



---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

### Artikel 2.15a

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

### Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

### Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
  - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
  - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
  - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
  - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
  - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
  - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
  - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
  - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en

weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

---

## 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.

### 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.

## reglement Zvw-pgb

- |   |
|---|
| 3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen zijn, óf   |
| 4. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden. |

### Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan <u>alle</u> van de volgende voorwaarden:
1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden gerekend vanaf de datum van ondertekening door de wijkverpleegkundige.
2. u bent naar ons oordeel in staat met het 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: <ul style="list-style-type: none"><li>a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;</li><li>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;</li><li>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;</li><li>d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden ondanks dat u daarvoor wellicht al een betalingsregeling hebt afgesproken met ons.;</li><li>e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;</li><li>f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.</li></ul>
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een PGB geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan moet 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 <u>één</u> 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. naar ons oordeel bent u niet in staat om een nieuw Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit, om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger op verantwoorde wijze te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen, om de door u verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg danwel om te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen. Dat blijkt met name uit de situaties genoemd onder 3. tot en met 5.
3. u verleent geen medewerking (meer) aan een “bewust-keuze gesprek” dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
4. het onafhankelijk praktijkteam /adviescommissie geeft een negatief advies over uw indicatiestelling.
5. uit uw aanvraagformulier of het bewuste keuzegesprek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
7. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger - als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden – voldoet niet aan regels met betrekking tot eisen en/of beperkingen die aan de kring van vertegenwoordigers gesteld kunnen worden in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp. Dat is naar onze mening het geval in de volgende situaties: uw vertegenwoordiger:
a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij 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 drie 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. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit failliet verklaard
f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
9. u koopt zorg in bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> graad.)

- |  |
|--|
| 6. Indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren. |
| 7. De vermelde tarieven omvatten alle kosten voor verpleging en verzorging, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.  |

#### Artikel 8: Verplichtingen

- |  |
|--|
| 1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen: <ul style="list-style-type: none"><li>- NAW gegevens verzekerde</li><li>- NAW gegeven zorgverlener</li><li>- relatie tussen verzekerde en zorgverlener</li><li>- looptijd van de overeenkomst</li><li>- welke zorg zal worden geleverd</li><li>- het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten</li><li>- welk tarief u daarvoor zult betalen.</li><li>- AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft</li><li>- ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener</li></ul> Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op <a href="http://www.svb.nl">www.svb.nl</a> .  |
| 2. Wij vergoeden maximaal 40 uur per week voor zorg en verpleging geleverd door partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is. U moet er ook op letten dat deze zorgverlener in totaal niet meer dan 40 uur aan werkzaamheden verricht(eventueel ook naast de werkzaamheden die hij/zij aan u levert). Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.   |
| 3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Uw zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.   |
| 4. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.<br>Ook wanneer u van zorgverlener(s) verandert of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg in Natura of pgb aan u levert moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.8 Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb. |
| 5. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie. Wij adviseren u dan ook om de geïndiceerde uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw budget.   |

## reglement Zvw-pgb

---

6. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
a. de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten,
b. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
c. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
d. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
e. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft.
7. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en/of huisarts om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
9. U geeft ons, of een door ons gecontracteerde partij toestemming namens ons, uw Zvw-pgb administratie in te zien en te controleren.
10. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw akkoordverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige akkoordverklaring over voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze akkoordverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

### Artikel 9: Herziening of intrekking

Uw PGB kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:
1. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
2. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
3. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
4. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
5. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
6. de toekenningsperiode van uw Zvw-pgb eindigt;
7. u langer dan twee maanden opgenomen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft, of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.
8. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige

gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
9. uw zorgverzekering eindigt;
10. u de informatie die wij of een door ons gecontracteerde partij namens ons j bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
11. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek (o.a. een huisbezoek)
12. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
13. u het reglement niet naleeft;
14. u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond doorgeven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze internetsite;
15. u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven

#### **Artikel 10: Begripsbepaling**

##### *Bewust keuze gesprek*

Dit is een telefonisch of persoonlijk gesprek tussen u en ons. Tijdens dit gesprek kunt u uw aanvraag toelichten. Onze medewerker informeert u over wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Hij stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

##### *Gebruikelijke zorg:*

De normale, dagelijkse zorg die partners, ouders en inwonende kinderen elkaar geven.

##### *Vertegenwoordiger*

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- a. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulpperson of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- b. die niet beschikt over een geldig woonadres;
- c. wiens vrijheid is ontnomen;
- d. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;



ve 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 verzekeren 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 (bijvoorbeeld 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 kinderspice 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 eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.