

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, indicatie, inzet van het netwerk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202100332

Zittingsdatum : 23 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 14 september 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 25 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 december 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 februari 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021051717) een voorlopig advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 februari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 17 februari 2022 heeft verzoekster een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is bij brief van 18 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Over deze samenstelling zijn zij voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 maart 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Alles Verzorg Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Frieso Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

- 3.2. Op 25 november 2019 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv op basis van 19 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging en 15 minuten verpleging per week.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 februari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 9 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging en 10 minuten verpleging per week voor de periode van 25 november 2019 tot en met 2 december 2020.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Uit het dossier blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar hierop heeft gereageerd.
- 3.5. Nadien heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt tussen partijen. Gedurende dit proces heeft de ziektekostenverzekeraar ermee ingestemd een second opinion uit te laten voeren en is in dit verband een andere wijkverpleegkundige verzocht bij verzoekster een huisbezoek af te leggen. Dit huisbezoek heeft plaatsgevonden op 10 mei 2021. Hierop volgend heeft de wijkverpleegkundige een indicatie gesteld en is een zorgplan opgesteld.
- 3.6. In de OMAHA-aanleiding - dat deel uitmaakt van het voornoemde zorgplan - heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoekster verklaard:
"(...) 10-5-2021 Het gesprek vind plaats met [verzoekster] en een medewerkster van MEE. [Verzoekster] woont samen met haar man en dochter in een vrijstaande woning. In de woning zijn verschillende aanpassingen gedaan waardoor mw met haar beperkingen in dit huis kan wonen. Er zijn 2 kinderen, 1 zoon en 1 dochter. Zoon is sinds kort uitwonend. Het PGB beheer doet mw zelf, soms met ondersteuning van haar man of dochter als het werken op de computer niet lukt.

De aanpassingen in huis zijn: traplift, geen drempels.

De op maat aanpassingen voor mw zijn: trippelstoel (boven en beneden), hoog/laag bed, douchestoel, krukken (maar die kan mw momenteel niet gebruiken), AFAS stoel in woonkamer, Lymfapress voor afdrijven lymfoedeem, steunkousen en een Tens apparaat. Mw. maakt gebruik van een huishoudelijke hulp via de WMO.

Mw. verteld over haar zelfredzaamheid het volgende: Mw. is gedurende de dag afhankelijk van anderen om taken te kunnen uitvoeren. Mw. kan haar handen minimaal gebruiken, en is niet in staat om bij een val zelf op te staan van de grond. Mw. haar dag ziet er als volgt uit: Echtgenoot maakt mw. wakker en mw. krijgt een bakje thee op bed, kan zo even rustig wakker worden, waarna haar man haar op de rand van het bed helpt.

Eenmaal op de rand van het bed blijft mw. even zitten om zich klaar te maken om op te staan. Dit duurt even, doet pijn onder andere als gevolg van de ingezakte wervels, haar man gaat vaak intussen even wat anders doen. Als mw. opstaat kan zij een paar stappen lopen, waarbij dit in de ochtend vaak nog wel voldoende lukt om van het bed naar de trap te lopen (plusminus 15 -20 stappen). Bij de toiletgang (en dat is gedurende de hele dag) krijgt mw. ondersteuning bij het losmaken van de knoop indien nodig en bij het laten zakken van de broek/rok. In de wc zit een bidetfunctie, waardoor het schoonmaken van onderen niet altijd door een ander hoeft te gebeuren, maar bij het weer van het toilet af komen en het omhoog/vast doen van de broek/rok is wel ondersteuning noodzakelijk.

Met wassen/douchen krijgt mw. ondersteuning van haar man of dochter. Dit kan mw. niet zelf doen en ook niet zelf aanleren. Mw. doucht vaak, omdat zij overmatig zweet en vooral in de nacht. Met aankleden, kousen aantrekken, TENS aansluiten (apparaat gaat automatisch aan en uit) plus in de avond weer afsluiten heeft mw hulp nodig. Dit is niet leerbaar en kan zij niet zelf doen. Mw. doet wat haar lukt, maar dit wisselt per dag. Soms lukt het om haar gezicht/stukje van de armen te wassen, soms lukt niets.

Mw. vertelt dat haar ontbijt wordt klaargemaakt, waarbij de uitleg door de wijkverpleegkundige is gegeven dat dit vanuit de WMO geïndiceerd zou moeten worden.

Na het gesprek nog contact gehad met [verzoekster] hierover, waarbij de vraag was in hoeverre het klaarmaken snijden etc. van het vlees een onderdeel is dat vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed wordt. Na onderzoek door de wijkverpleegkundige is dit het antwoord: het snijden van het vlees is zorg die je van een huisgenoot mag verwachten, het klaarmaken van het eten waarbij dit dagelijks in veelvoud plaats moet vinden, valt onder de WMO en niet onder de Zorgverzekeringswet. Voor het voeren van iemand, waarbij iemand dit echt niet meer zelfstandig kan, dit kan vergoed worden vanuit de zorgverzekeringswet, maar dat moeten alle voorliggende voorzieningen geprobeerd en beschreven door een ergotherapeut zijn en daarmee wordt bedoeld dat ook eventuele voerrobots zijn uitgetoetst. De maaltijden zullen daarom in deze indicatiestelling niet meegenomen of beschreven worden.

Als mw. in de ochtend met de traplift naar beneden is gegaan, staat de trippelstoel daar voor haar klaar. In de trippelstoel kan mw. zich in bijna de gehele benedenverdieping verplaatsen en heeft bij deze zittende transfers geen ondersteuning nodig. Op goede dagen komt mw. uit bed, op slechte dagen blijft zij boven. De goede en slechte dagen wisselen zich af en daarom wordt er voor de PGB indicatiestelling een gemiddelde genomen van de zorgvraag.

Bij het naar bed gaan in de avond kan mw. niet meer van de traplift naar bed lopen en gaat zij of in de trippelstoel naar het bed of wordt zij ondersteund door haar man bij deze transfer. In bed krijgt zij ondersteuning bij uit- en aankleden en wordt zij geholpen om goed in bed te gaan liggen. Dit houdt in dat zij door meerdere kussens ondersteund wordt om comfortabel te kunnen liggen, welke zij niet zelf goed neer kan leggen.

Tijdens de nacht krijgt ze 2 -3 keer per nacht wisselligging om drukplekken te voorkomen. Een speciaal matras kwam zij niet voor in aanmerking. Het echtpaar heeft kortgeleden zelf nieuwe matrassen gekocht, en dit helpt wel een beetje, maar de hele nacht op 1 kant liggen kan niet i.v.m. decubitusvorming.

Op basis van de intake die door de wijkverpleegkundige is gedaan is het onmogelijk om vast te stellen of mw. decubitusgevoelig is en wat de gevolgen zullen zijn als er geen wisselligging plaatsvindt. Maar gezien de punten benoemd in de NHG richtlijn Decubitus:

- verminderde eetlust,
- de belemmering in lymfeafvoer,
- het vele zweten 's nachts,
- de vastgestelde neuropathie
- de noodzakelijkheid van aanvullende eiwitvoeding kan aangenomen worden dat mw. een verhoogde kans op decubitus heeft als zij geen wisselligging krijgt.

Mw. is valgevaarlijk, loopt in huis de stappen die ze nog kan zetten zonder rollator, omdat het vasthouden van de rollator niet lukt met haar armen/schouders/handen. Helemaal niet meer lopen zal haar spierconditie naar verwachting snel doen afnemen waarna de transfers en alle zelfredzaamheid die ze nu nog heeft zal afnemen. Mw. geeft aan zo lang mogelijk te willen blijven lopen, als haar lukt. Overdag gaat ze gemiddeld over de week genomen 2 x per dag naar bed, waarbij haar man of dochter ondersteunen bij de transfer om goed in bed te komen.

Mw. geeft aan dat ze het contact met haar gezin vooral in de avonden en op de dagen dat ze een slechte dag heeft mist. Hierover hebben we gesproken en hierop is door de wijkverpleegkundige geadviseerd om een bed beneden in de woonkamer te zetten, waardoor mw. op slechte dagen ook onderdeel is van het geheel in het gezin. Mw heeft hier weerstand tegen, maar weet dat er een kern van waarheid in zit. De acceptatie op het geheel moet nog gedeeltelijk plaatsvinden, waarna mogelijk ook over deze opties nagedacht kan gaan worden. Het plaatsen van het bed in

de woonkamer zal geen verzwarend of verlichtend effect hebben op de ondersteuning die ze nodig heeft.

Op basis van de verschillende lichamelijke beperkingen als gevolg van meerdere ziektebeelden, waarbij de verminderde functie van de vingers/handen, de klachten in de schouders, het krachtsverlies in armen/handen en de beperkingen in mw haar benen is de hoogte van deze indicatie bepaald. Verwacht wordt door de indicierend wijkverpleegkundige dat de zorg die tijdens de intake in mei 2021 geïndiceerd wordt, voor zowel 2020 als voor 2021 kan gelden.

Transfer op bed: Opstaan/naar bed gaan: 10 minuten per keer (gemiddeld 4 x per dag)

Wassen/douchen: 15 minuten

Aan-uitkleden: 15 minuten (2 x per dag)

Steunkousen aan/uit: dit valt onder aankleden

Tens aansluiten: 5 minuten, 2 x per dag

Ondersteunen bij toiletgang: 4 x per dag 10 minuten per keer

Wisselgigging: 10 minuten per keer (2 x per nacht)

Omdoen beugels handen (knie/schouderbrace, worden momenteel niet gedragen, deze zijn niet meegenomen in deze indicatiestelling): 2,5 minuut (2 x per dag)

(...)

Fysiologisch

Zie uitdraai medische gegevens huisarts

(...)

[Verzoekster] ervaart veel pijn in haar schouders. Mw. zou eigenlijk een operatie aan beide schouders moeten krijgen. De ervaring met de operaties in de afgelopen jaren maken dat mw deze operatie niet aandurft. Ervaringen: Ok 2017 kreeg mw. een hartstilstand, na deze operatie is geconstateerd dat mw. een thoracaal aneurysma heeft (doorsnee 4,2 cm, volgens mw). Tijdens een pijnbehandeling door een anesthesioloog is er misgeprik en had mw. als gevolg daarvan een klaplong, in de behandeling die daarna volgde kreeg mw. een medicijn waar zij erg slecht op reageerde (ketamine) waarna besloten is om een DNA paspoort aan te maken. Deze draagt mw. altijd bij zich. Hierom vinden niet alleen de artsen het ingewikkeld om te opereren, maar vinden ook mw. en haar gezin het lastig. Mw. wil nog graag doorleven en zonder extra beperkingen. Niemand kan de zekerheid geven dat de operaties goed zullen gaan, waardoor dit nu niet een bespreekpunt is voor artsen.

Mw. heeft op 1-1-2021 een CVA op de oogzenuw doorgemaakt, waardoor het zicht in haar linker oog nog maar 40% is. Er staan voor de komende maand een aantal afspraken met Visio gepland om te beoordelen waar nog verbetering plaats kan vinden en om ondersteuning te bieden bij aanleren van gewijzigde manier van handelingen. Mw. mist een stuk zicht aan de zijkant van haar lichaam, ze ziet ongeveer tot de zijkant van haar hoofd en de rest van de kamer die ontbreekt in haar zicht. Hierdoor rijdt ze vaker tegen dingen aan en ervaart mw. meer evenwichtsproblemen. Deze CVA zorgt op dit moment voor beperkingen in zicht en bewegen, in 2020 was dit nog niet aan de orde. Omdat mw een groot deel van de dag in de stoel/bed doorbrengt, waardoor de effecten op zelfredzaamheid niet veranderen, zal deze zichtbeperking geen indicatieverhoging voor 2021 met zich meebrengen.

Mw. valt af en toe en heeft een kwetsbare huid. De trippelstoel waar mw. in zit is niet gemaakt om 8 uur achtereen in te zitten, maar een elektrische rolstoel voor binnen wil mw. liever nog niet aan beginnen, dit voelt als het begin van het einde. De keuze voor de stoel maakt geen verschil in hoogte van de inzet van zorgondersteuning en de kans op huidletsel als gevolg van het gebruik van deze stoel is bekend bij mw.

Gezondheidsgerelateerd gedrag

Bij de medicatie krijgt [verzoekster] ondersteuning van haar man. Doordat er in de medicijnen vochtvreters zitten kunnen deze medicijnen niet voor de hele week uitgezet worden in een medicijncassette.

De pleisters die mw gebruikt moeten elke 3 dagen gewisseld worden, dit doet haar man.

Voor het aanreiken van de medicijnen zou een voorliggende voorziening een medicijndispenser zijn, maar doordat niet alle medicijnen in een baxter zakje kunnen vervalt deze methode en zullen er altijd naast de zakjes nog losse medicijnen aangereikt moeten worden, waardoor het zijn doel voorbij schiet en deze voorliggende voorziening niet inzetbaar is. Omdat de medicijnen elke dag in een keer klaargezet kunnen worden, eventueel in aparte doosjes afgedekt met een los deksel en er een alarm op de mobiel aangezet kan worden voor tijdige inname is er een indicatie afgegeven voor eenmaal per dag klaarzetten van de medicijnen. Ook het plakken van de pleisters kan in dit moment gebeuren. Hierbij zijn de tijden aangehouden die in de gehele wijkverpleging gebruikt worden voor het klaarzetten en aanreiken van medicatie.
Medicijnen klaarzetten/aanreiken: 7 minuten per dag.

Doordat het eten en drinken soms moeizaam gaat, ervaart mw. geen plezier meer in het eten. Hierdoor slaat mw. soms ook maaltijden over. Met mw. gesproken over de gevolgen hiervan op lichamelijk en geestelijk welbevinden. Mw. is zich er bewust van dat bij slecht eten de lichamelijke en geestelijke gevolgen zullen ontstaan. Mw. heeft eerder een sonde gehad en weet wat dit is, wil dit niet weer, de diëtiste zou kunnen adviseren hierin. Mw. gebruikt eiwit verrijkte aanvullende voeding die door de diëtiste wordt voorgeschreven.

(...)

Betrokkenheid andere disciplines

Fysio: komt elke week om te masseren. Functioneel verbeteren is niet meer mogelijk. Er is besloten om een revalidatietraject in te zetten. Niet op verbetering van het geheel, want dat is volgens betrokken professionals niet realistisch, maar dit zal toegespitst worden op kwaliteit van leven (accepteren en loslaten en leren omgaan met). Dit traject moet nog starten, datum is nog niet bekend.

Huidtherapeut: 1 x per week op locatie, manuele lymfedrainage, hiervoor heeft mw. een speciale broek die ondersteund in het verwijderen van oedeem.

MEE: onafhankelijk cliënt ondersteuner, ondersteunt mw. waar nodig en wanneer gewenst.

Diëtist: mw. krijgt aanvullende voeding. Eiwit verrijkt, lichaam neemt de eiwitten niet meer op, waardoor mw. structureel een eiwit deficiëntie heeft. 1 x per 2-3 maand contact met diëtist.

Psycholoog: de psycholoog is ingeschakeld om mw. te ondersteunen in het mentale deel van haar ziek -zijn. Mw. heeft maandelijks een gesprek met deze professional. (...)"

- 3.7. In het zorgplan van 26 mei 2021 heeft de wijkverpleegkundige over verzoekster verklaard:
"(...) Dit zorgplan is geldig van woensdag 1 januari 2020 tot en met zaterdag 31 december 2022. Het zorgplan is besproken met cliënt/vertegenwoordiger en deze is akkoord

(...)

Neuro/musculaire/skelet functie

(...)

Toelichting:Mw. is niet in staat om zonder hulp de ADL te verrichten. Kennis: kennis is op orde, mw weet goed hoe ze dingen moet regelen en wat wel en niet werkt voor haar. Gedrag: mw gebruikt hulpmiddelen adequaat, is mogelijk niet altijd op de hoogte van de nieuwste mogelijkheden, kan hiervoor professionals inschakelen. Status signalen: Activiteiten beperkt als gevolg van functieverlies in verschillende lichaamsdelen.

(...)

Dagelijks ondersteunen bij (zie uitgebreide beschrijving in aanleiding):

Transfer op bed: Opstaan/naar bed gaan: 10 minuten per keer (gemiddeld 6 x per dag)

Wassen/douchen: 15 minuten

Aan-uitkleden: 15 minuten (2 x per dag)

Steunkousen aan/uit: dit valt onder aankleden

Tens aansluiten: 5 minuten, 2 x per dag

Ondersteunen bij toiletgang: 5 x per dag 10 minuten per keer

Wisselgigging: 10 minuten per keer (2 x per nacht)

Omdoen beugels handen (knie/schouderbrace, worden momenteel niet gedragen, deze zijn niet meegenomen in deze indicatiestelling): 2,5 minuut (2 x per dag)

Totaal: 1130 minuten: 60 is 22,75 uur per week (3,25 uur per dag)

(...)

Medicatie

(...)

Toelichting: Basis kennis: beschrijft het inname schema, namen, doel, dosering en bijverschijnselen van sommige medicijnen. Meestal passend gedrag: Neemt gewoonlijk de medicijnen in zoals voorgeschreven. Matige signalen: Matige therapeutische effecten van de medicatie; zo nu en dan tekenen van bijverschijnselen.

(...)

Ademhalingstherapie

Medicijnen klaarzetten/aanreiken/pleisters plakken: 7 minuten per dag. 47 minuten per week (...)"

- 3.8. Op 1 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht aan de wijkverpleegkundige gestuurd. De wijkverpleegkundige heeft hier op 1 juni 2021 per e-mail op gereageerd en haar reactie in het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar geplaatst. De inhoud van het e-mailbericht luidt, voor zover hier relevant:
- "(...) Dank voor het prettige telefoongesprek betreffende de herbeoordeling van [verzoekster]. Onderstaande hebben we besproken met betrekking tot de door jou gestelde indicatie.
- (...)
- Jij indiceerde 6 maal daags 10 minuten per keer voor hulp bij transfers. Transfers die niet behoren bij een handeling tijdens de lichamelijke verzorging vallen niet onder een toekenning vanuit de Zorgverzekeringswet. De transfers tijdens de ADL momenten die in de ochtend en avond plaatsvinden, worden wel vergoed. De overige 4 momenten op de dag vallen onder begeleiding en worden daarom niet vergoed.

Antwoord [naam wijkverpleegkundige]: Akkoord. Ik was me er niet van bewust dat transfers die niet gekoppeld zijn aan handelingen met lichamelijke verzorging/geneeskundige context niet worden vergoed. Maar daarbij moet dan duidelijk worden in het besluit dat dit onder de Wmo valt, onder begeleiding, waardoor mw. deze zorg bij de Wmo kan aanvragen.

(...)

Jij rekende 5 maal daags hulp bij toiletgang 10 minuten per keer. Mevrouw maakt thuis gebruik van een bidet. Hierdoor heeft zij enkel hulp nodig bij het los- en vastmaken van de kleding. Mevrouw zou gebruik kunnen maken van aangepaste kleding, waardoor zij mogelijk zelfredzaam wordt ten aanzien van de toiletgang. We spraken af dat 5 minuten per moment hiervoor voldoende zou moeten zijn.

Antwoord [naam wijkverpleegkundige]: Akkoord. Als het vanuit de Zorgverzekeringswet zo bekeken wordt dat de aangepaste kleding voorliggend is op zorgondersteuning dan kan ik me vinden in 5 minuten per keer voor het omhoog/naar beneden/aandoen van kleding, omdat de partner iets anders kan gaan doen tijdens de toiletgang en niet hoeft te staan wachten of tijdens de toiletgang hoeft te ondersteunen.

(...)

Voor de nacht indiceerde je 2 maal wisselgigging. Mevrouw heeft aangegeven dat zij deze zorg nodig heeft i.v.m. een hoog risico op decubitus. In de bijgevoegde stukken staat deze interventie niet voorgeschreven/onderbouwd door een behandelaar. Daarnaast is het onvoldoende duidelijk waarom mevrouw zelf niet zou kunnen draaien. Ook wordt deze zorg gezien als zorg die door het netwerk/huisgenoten kan worden gegeven.

Antwoord [naam wijkverpleegkundige]: Akkoord. Mij was onbekend dat wisselgigging onder gebruikelijke zorg valt. Aangezien dit bijna nooit voorkomt in de thuissituatie/PGB indicatiestelling. En bij gebruikelijke zorg stel ik mijzelf altijd de vraag: zou ik zelf wisselgigging in een PGB/thuiszorg aanvragen als ik een partner naast me heb liggen die hierin kan ondersteunen. Dan kan ik beamen dat ik dat aan mijn partner zou vragen en hier geen PGB/thuiszorg voor in zou zetten. Mocht mijn partner hierin niet in kunnen ondersteunen, dan zou ik de aanvraag doen.

De nieuwe indicatie komt hiermee als volgt uit te zien:

- Transfer in- en uit bed, 2 maal daags a 10 min: 20 minuten per dag;
- Wassen/douchen: 15 minuten per dag;
- Tens aan- en afsluiten, 2 maal daags a 5 min: 10 minuten per dag;
- Aantrekken braces, 2 maal daags 2,5 min: 5 minuten per dag;
- Medicatie aanreiken, klaarzetten, pleister plakken: 7 minuten per dag;
- Ondersteuning bij toiletgang, 5 maal daags 5 min: 25 minuten per dag.

Totaal: 1 uur en 50 minuten per dag, 13 uren en 5 minuten per week.

Antwoord [naam wijkverpleegkundige]: Zoals hierboven per onderwerp beschreven, akkoord met bijgevoegde beschrijving/argumentatie. (...)"

- 3.9. Op 3 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat aan verzoekster een PGB vv wordt toegekend op basis van 13 uren en 5 minuten persoonlijke verzorging per week over de periode van 25 november 2019 tot en met 2 december 2021.
- 3.10. Verzoekster heeft bij brief van 15 juni 2021 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen laten weten dat zij zich niet in de beslissing van de ziektekostenverzekeraar kan vinden. Een afschrift van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 1 juli 2021 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.11. In het advies van 8 februari 2022 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
 "(...) In het dossier zijn twee PGB vv aanvragen en de daarbij behorende zorgplannen aanwezig die relevant zijn, te weten de aanvraag met datum 25 november 2019 en de aanvraag met datum 31 mei 2021. In het dossier zit verder een brief van de huisarts, meerdere brieven van diverse medisch specialisten waar verzoekster bij onder behandeling is (geweest) en een medisch advies geschreven door een medisch adviseur op verzoek van verzoekster. Verzoekster heeft aangegeven zich neer te leggen bij het feit dat de transfers niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dan blijft in geschil de hulp bij de toiletgang en de wisselligging.

Hulp bij de toiletgang

Aangepaste kleding is niet voorliggend op zorgondersteuning zoals verweerder aangeeft. Er dient echter wel sprake te zijn van een geneeskundige context en deze is niet aanwezig, of in ieder geval niet onderbouwd.

De wisselligging

Welke zorg redelijkerwijs van het netwerk verwacht mag worden is aan de indicierend verpleegkundige om vast te stellen. Of er sprake is van een geneeskundige context is echter onvoldoende onderbouwd. De indicierend verpleegkundige stelt dat het aannemelijk is dat er sprake is van een verhoogd risico op decubitus, maar dit is onvoldoende onderbouwd. Het is niet duidelijk of hulpmiddelen voorliggend zijn en zo niet waarom niet, daarnaast is onvoldoende duidelijk waarom verzoekster niet zelf in staat is om te draaien.

Transfers

Ondanks dat de zorg met betrekking tot de transfers niet in geschil is, zal het Zorginstituut hier wel op in gaan, omdat de commissie daar om heeft gevraagd. Transfers hoeven niet gekoppeld te zijn aan een handeling tijdens de lichamelijke verzorging. Er moet echter wel sprake zijn van een geneeskundige context bij het maken van de transfer. En deze dient onderbouwd te zijn en dat is niet het geval.

Aangezien de indicierend verpleegkundige op basis van onjuiste informatie, verstrekt door verweerder, heeft ingestemd met de bijstelling van de indicatie beschouwd het Zorginstituut dit niet als een akkoord.

Conclusie

Bij de zorg met betrekking tot hulp bij de toiletgang is geen sprake van geneeskundige context, dit is in ieder geval niet onderbouwd, bij de zorg met betrekking tot de wisselganging is de geneeskundige context eveneens onvoldoende onderbouwd, daarnaast is niet duidelijk of hulpmiddelen voorliggend zijn en zo niet, waarom niet. Met betrekking tot de transfers dient te worden opgemerkt dat transfers niet gekoppeld hoeven te zijn aan een handeling tijdens de lichamelijke verzorging. Er moet wel sprake zijn van een geneeskundige context, echter ontbreekt deze onderbouwing. Verzoekster kan daarom voor deze zorg geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan haar een PGB vv toe te kennen op basis van 22 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 25 november 2019 tot en met 2 december 2021.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

6.2. De wijkverpleegkundige heeft in het kader van de second opinion aanvankelijk een indicatie gesteld van 22 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Vervolgens heeft contact plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv toegekend op basis van 13 uren en 5 minuten per week. Hiermee is verzoekster het niet eens. Verzoekster heeft aangevoerd dat het opmerkelijk is dat de ziektekostenverzekeraar zoveel invloed kan hebben op de indicatie die door de wijkverpleegkundige is gesteld. Daarmee treedt de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster ten onrechte in haar professionele autonomie. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat het meningsverschil tussen haar en de ziektekostenverzekeraar feitelijk nog ziet op drie onderdelen, te weten de zorg die is geïndiceerd voor het maken van transfers, ondersteuning bij de toiletgang en de zorg bij wisselganging. Ten aanzien van de transfers heeft verzoekster aanvankelijk verklaard dit te laten rusten. Nu uit het advies van het Zorginstituut echter expliciet blijkt dat de afwijsggrond die de ziektekostenverzekeraar hanteert geen stand kan houden, vraagt zij de commissie dit bij haar verzoek te betrekken en ook hierover een oordeel te geven. Omdat het advies van het Zorginstituut haar relatief kort voor de hoorzitting heeft bereikt, heeft zij dit niet eerder kenbaar gemaakt.

Met betrekking tot de geïndiceerde zorg voor hulp bij de toiletgang heeft verzoekster opgemerkt dat de indicatie (5x 10 minuten per dag) recht doet aan haar situatie. Overigens meent zij dat het aantal toiletbezoeken in de dagelijkse praktijk hoger kan zijn, maar zij begrijpt ook dat ze daar verder niet tegenin kan gaan. De ziektekostenverzekeraar meent dat verzoekster kan uitkomen met 5 minuten ondersteuning per keer, omdat zij gebruik kan maken van een bidet. Dat is onjuist. Zij kan dit zelf niet bedienen, omdat zij splints (braces) draagt om haar vingers. Na het

gebruik van het bidet moet zij bovendien worden afgedroogd. Ook dit kan zij niet zelfstandig. Overigens heeft alleen het toilet beneden een bidetfunctie. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoekster dit ook aanschaffen voor het toilet boven. Onduidelijk is echter voor wiens rekening dit zou moeten komen. Omdat verzoekster zich ook niet zelf kan aankleden vanwege de splints die zij draagt, ook niet als zij aangepaste kleding zou gebruiken, is dit in haar ogen geen voorliggende voorziening en levert dit in de praktijk ook geen tijdswinst op. Verzoekster is dan ook van mening dat hiervoor aan haar overeenkomstig de gestelde indicatie een PGB vv moet worden toegekend.

Met betrekking tot de geïndiceerde zorg voor wisselgiggingen heeft verzoekster aangevoerd dat de noodzaak hiervan medisch is onderbouwd door de wijkverpleegkundige die aanvankelijk op 25 november 2019 de indicatie heeft gesteld. In het zorgplan, waarin deze indicatie is onderbouwd, is vermeld: "(...) Tijdens de nacht krijgt ze 2 - 3 keer wisselgigging om drukplekken te voorkomen. Een speciaal matras kwam zij niet voor in aanmerking. Het echtpaar heeft kortgeleden zelf nieuwe matrassen gekocht. Dit helpt wel een beetje. De hele nacht op 1 kant liggen kan niet in verband met decubitusvorming. Op basis van de intake is het onmogelijk om vast te stellen of mw. decubitusgevoelig is en wat de gevolgen zullen zijn als er geen wisselgigging plaatsvindt. Maar gezien de punten benoemd in de NHG Richtlijn Decubitus: verminderde eetlust, de belemmering in lymfeafvoer, het vele zweten 's nachts, de vastgestelde neuropathie, de noodzakelijkheid van aanvullende eiwitvoeding kan aangenomen worden dat mw. een verhoogde kans op decubitus heeft als zij geen wisselgigging krijgt (...)." De door verzoekster ingeschakelde medisch adviseur heeft het voorgaande onderschreven. Overigens heeft verzoekster een aanvraag gedaan voor een ligorthese in verband met decubitus gevaar. Dit op advies van de ergotherapeut. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte aangevoerd dat geen PGB vv hoeft te worden toegekend omdat de zorg van haar netwerk, en in het bijzonder haar partner, mag worden verwacht. Het is aan de indicerende wijkverpleegkundige na te gaan welke inzet van het netwerk mag worden verwacht. Er is echter geen standaardberekening voor zorg die van het netwerk mag worden verwacht en de ziektekostenverzekeraar mag dit dan ook niet als correctiefactor gebruiken om van de gestelde indicatie af te wijken. Overigens hecht verzoekster er waarde aan op te merken dat de persoonlijke opvatting van de wijkverpleegkundige geen reden kan zijn de door haar gestelde indicatie aan te passen. Dit is volgens haar ongepast.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster redelijkerwijs kan uitkomen met 5 minuten ondersteuning bij de toiletgang per keer. Verzoekster kan namelijk zelfstandig bij het toilet komen en maakt gebruik van een bidet. Hierdoor heeft zij slechts hulp nodig bij het los- en vastmaken van kleding. Door gebruik te maken van aangepaste kleding kan verzoekster nog meer zelfredzaam worden.

Verder is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat geen PGB vv wordt toegekend voor hulp bij het maken van een wisselgigging. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat zij hierop is aangewezen in verband met een hoog risico op decubitus, maar in het dossier ontbreekt een verklaring van een arts waaruit deze diagnose blijkt. Overigens is niet duidelijk waarom verzoekster niet in staat is zelf naar haar andere zij te draaien. Verder is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat het zorg betreft die van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht.

Het voorgaande is met de wijkverpleegkundige besproken. Uit het e-mailbericht van 1 juni 2021 blijkt dat de wijkverpleegkundige met de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar instemt, zodat van de gestelde indicatie mocht worden afgeweken. Verzoekster heeft om die reden geen recht op een hoger PGB vv.

Overwegingen commissie

- 6.4. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de verzekeraar tot gedeeltelijke afwijzing van haar aanvraag tot toekenning van een PGB vv.

- 6.5. In gevallen als deze gaat het onder meer om beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot een verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 6.6. Het beslissingskader dat de commissie in PGB vv-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
- (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicierend wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen zorgplan moet blijken dat:
 - (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
 - (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
 - (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
 - (b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.
 - (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige:
 - (i) tot overeenstemming tussen de verzekeraar en de verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
 - (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.
- 6.7. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.8. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoekster voor een PGB vv van 25 november 2019 en de hiermee samenhangende indicatie niet heeft gevolgd. In afwijking hiervan heeft hij op 15 februari 2020 aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 9 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week. Voorafgaand aan de beslissing van 15 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar op 16 december 2019 een e-mailbericht aan de verpleegkundige gestuurd. Hierin wordt toegelicht op welke onderdelen de ziektekostenverzekeraar de gestelde indicatie niet kan volgen en wordt de verpleegkundige verzocht om een reactie. Uit de notitie van 13 februari 2020 blijkt dat telefonisch contact heeft plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar en de verpleegkundige. In de notitie is vermeld dat laatstgenoemde zich kon vinden in de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar en heeft ingestemd met verlaging van de indicatie. Hoewel een

schriftelijke reactie van de verpleegkundige in deze ontbreekt, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. Dit betekent dat de beslissing van 15 februari 2020 zorgvuldig tot stand is gekomen en dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de aanvraag van 25 november 2019 niet was gehouden een hoger PGB vv aan verzoekster toe te kennen.

- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens ingestemd met een second opinion, op basis waarvan de aanvraag van 25 november 2019 en de hiermee samenhangende indicatie, is getoetst. Dit heeft geleid tot een nieuwe indicatie die is gesteld op 21 mei 2021 en nader is beschreven in het zorgplan van 26 mei 2021. De commissie gaat bij de beoordeling dan ook uit van het zorgplan van 26 mei 2021 waaruit een indicatie volgt van 22 uren en 59 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 6.10. In het kader van de beoordeling van voornoemde indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar op 1 juni 2021 per e-mail aan de verpleegkundige kenbaar gemaakt op welke onderdelen hij de gestelde indicatie niet kan volgen en is de verpleegkundige in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Uit de reactie van verpleegkundige blijkt niet dat zij zonder meer heeft ingestemd met de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar. Zo heeft zij ten aanzien van de hulp bij transfers verklaard dat zij niet wist dat transfers die niet behoren bij een handeling tijdens de lichamelijke verzorging niet voor vergoeding op basis van de Zvw in aanmerking komen. Ten aanzien van de hulp bij de toiletgang heeft zij verklaard in te stemmen met aanpassing van de indicatie als blijkt dat aangepaste kleding een voorliggende voorziening is op deze zorg. Verder heeft zij ten aanzien van de zorg omtrent de wisselgigging verklaard in te stemmen met aanpassing van de indicatie als deze zorg inderdaad kan worden gezien als 'gebruikelijke zorg', of wel zorg die van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht.
- 6.11. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar een PGB vv heeft toegekend voor hulp bij de toiletgang en hulp bij de transfers, maar daarbij is afgeweken van de gestelde indicatie. Volgens de ziektekostenverzekeraar is aangepaste kleding namelijk een voorliggende voorziening op hulp bij de toiletgang en kunnen transfers die niet samenhangen met verzorgende handelingen niet worden aangemerkt als persoonlijke verzorging. Uit het advies van het Zorginstituut van 8 februari 2022 blijkt dat de stellingname van de ziektekostenverzekeraar op beide onderdelen onjuist is. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde rechtvaardigingsgronden om van de indicatie af te wijken, komen daarmee dan ook te vervallen. Aangezien de verpleegkundige heeft ingestemd met aanpassing van de indicatie op basis van onjuiste informatie die door de ziektekostenverzekeraar is verstrekt, gaat de commissie hieraan voorbij. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar alsnog is gehouden overeenkomstig de gestelde indicatie een PGB vv aan verzoekster toe te kennen voor hulp bij de toiletgang en voor hulp bij de transfers.
- 6.12. De commissie overweegt verder dat de ziektekostenverzekeraar geen PGB vv heeft toegekend voor de zorg die is geïndiceerd omtrent de wisselgigging. Uit het e-mailbericht aan de verpleegkundige van 1 juni 2021 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de indicatie op dit punt niet kan volgen, omdat volgens hem (i) de geneeskundige context niet goed is onderbouwd, (ii) onduidelijk is waarom verzoekster niet zelfstandig kan draaien en (iii) omdat de desbetreffende zorg van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht. Uit het advies van 8 februari 2022 blijkt dat het Zorginstituut onderdeel (i) en (ii) onderschrijft. Uit de reactie van de verpleegkundige blijkt echter niet dat zij op deze onderdelen is ingegaan, terwijl de ziektekostenverzekeraar haar daartoe wel in de gelegenheid heeft gesteld. Dit leidt tot de conclusie dat de indicatie op dit onderdeel onvoldoende is onderbouwd en dat de ziektekostenverzekeraar voor zorg omtrent de wisselgigging terecht geen PGB vv heeft toegekend.
Voor de volledigheid wenst de commissie op te merken dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft vastgesteld dat de desbetreffende zorg redelijkerwijs van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht. Het is namelijk niet aan hem, maar aan de verpleegkundige om te beoordelen of en wat er van het netwerk mag worden verwacht. Als blijkt dat het netwerk bepaalde zorg niet kan of wil leveren, kan de ziektekostenverzekeraar niet eenzijdig besluiten

dat het netwerk dit toch moet doen. Wel staat het de ziektekostenverzekeraar vrij in geval van onduidelijkheid hierover een toelichting te vragen aan de verpleegkundige. Uit het e-mailbericht van 1 juni 2021 aan de verpleegkundige blijkt echter niet dat de ziektekostenverzekeraar dit heeft gedaan.

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen op basis van 20 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 25 november 2019 tot 2 december 2021;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (iii) hetgeen meer of anders is gevorderd dient te worden afgewezen.

Zeist, 11 april 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Deze zorg moet noodzakelijk zijn in verband met de behoefte aan of een hoog risico op behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in deze polis, met uitzondering van kraamzorg. Tot deze zorg behoort niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Ook palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase) maakt deel uit van deze zorg. Er is sprake van palliatieve terminale zorg als de behandelend arts heeft vastgesteld dat de palliatieve fase is aangebroken en dit is vastgelegd in uw zorgplan. Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

Tip! Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandelend arts of casemanagement dementie nodig is. Deze zorg is onderdeel van Verpleging en verzorging zonder verblijf.

Uitsluiting

U heeft geen recht op zorg die in redelijkheid naar algemeen aanvaarde opvattingen en op basis van hun belasting en belastbaarheid mag worden verwacht van uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning deelt.

Persoonsgebonden budget

In plaats van recht op zorg kunt u desgevraagd ook kiezen voor een passende vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in dit artikel. Met een pgb koopt u zelf de benodigde zorg in en vergoeden wij achteraf de kosten van de zorg (restitutie). Hieraan zijn echter wel bepaalde voorwaarden verbonden. Deze vindt u in het Reglement PGB Verpleging en Verzorging. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kunt u raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een verpleegkundige of een verzorgende werkzaam voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Een verzorgende mag uitsluitend persoonlijke en oproepbare verzorging verlenen. Als u gebruikmaakt

van een pgb mag u ook gebruikmaken van andere zorgverleners. Een indicatie dient, ook als u gebruikmaakt van een pgb, te worden gesteld door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige op basis van het hiervoor opgestelde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Begrippenkader Indicatieproces. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij de wijkverpleegkundige in samenspraak met u bepaalt welke zorg u nodig heeft in uw individuele situatie en welke resultaten binnen welke termijn worden verwacht. De indicerende moet daarnaast werkzaam zijn voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Als het om medische kindzorg gaat dan dient de indicerende een HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde te zijn, werkzaam bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ). Wij accepteren geen indicatie van een indicerende die niet aan deze voorwaarden voldoet. Een indicatie moet altijd in uw eigen omgeving en in uw aanwezigheid worden gesteld. Voor kinderen onder de 18 geldt dat de indicatie wordt gesteld in de aanwezigheid van het kind en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verzorgende is een Verzorgende-IG/niveau 3 verzorgende die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Een HBO-verpleegkundige is een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en in het bezit is van een HBO-diploma Verpleegkunde.

Toestemming vooraf

Als u verpleging en verzorging wilt ontvangen van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Het aanvraagformulier kunt u vinden op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.22 Ziekenvervoer

3.22.1 Ambulancevervoer

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 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 € 24,36 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook

vergoed indien:

- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 6.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
- 7.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 8.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
- 9.** De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
- 10.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 11.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie

van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:

- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
- c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.