

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de heer C te B, vertegenwoordigd door D te E, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te B en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), hoogte toekenning

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202002111

Zittingsdatum : 18 augustus 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door de D te E,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 31 maart 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 7 juni 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 1 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021022242) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 juli 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft op 22 september 2021 aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Partijen zijn later deze dag gehoord. Een kopie van de door verzoekster toegezonden aanvullende informatie is op 24 september 2021 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting verzocht haar binnen vier weken te informeren in hoeverre de voetverzorging en het uittrekken van de orthopedische schoenen zijn verdisconteerd in het toegekende PGB vv. Op 20 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief gereageerd. Een kopie van deze brief is op 25 oktober 2021 aan verzoekster gezonden, waarbij haar de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van deze mogelijkheid heeft zij op 9 november 2021 per brief gebruikgemaakt. Een kopie van deze brief is op 15 november 2021 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De op 22 september 2021 ontvangen nadere informatie, de aantekeningen van de hoorzitting en de nadien gewisselde stukken zijn op 16 november 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 22 november 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Ten behoeve van verzekerde is bewind en mentorschap ingesteld. Verzoekster, de moeder van verzekerde, is door de kantonrechter benoemd tot diens bewindvoerder en mentor.
- 3.3. In oktober 2019 is bij verzekerde een indicatie gesteld voor verpleging en verzorging door de indicierend wijkverpleegkundige. De zorgbehoefte is daarbij vastgesteld op 28 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De geïndiceerde handelingen zijn: 'ADL ochtend', 'toilet', 'voet verzorging', 'medicatie geven', 'ADL avond', 'verzorging zaadlozing', 'transfer in huis' en 'aan/uit trekken orthopedisch schoeisel'. Hierop is ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv).
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft ter beoordeling van de aanvraag op 3 december 2019 telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige en informatie opgevraagd bij de behandelend fysiotherapeut van verzekerde. Na ontvangst hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar via een toekenningsverklaring, aangehecht bij zijn brief van 17 december 2019, aan verzekerde meegedeeld dat per 21 oktober 2019 een PGB vv aan hem wordt toegekend op basis van 4 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor hulp bij het douchen en het aantrekken van de schoenen.
- 3.5. De indicierend wijkverpleegkundige heeft, voor zover hier van belang, op 7 januari 2020 per e-mail aan verzoekster verklaard:

"(...)

De zorginhoudelijke medewerker PGB van de zorgverzekeraar heeft de indicatie beoordeeld en mij hier over gesproken. Veel geïndiceerde zorg is begeleiding en dat mag niet geïndiceerd worden in een PGB indicatie.

Dit moet aangevraagd worden bij de WMO.

(...)"

- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Op 3 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzekerde meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. De behandelend fysiotherapeut heeft op 13 maart 2020 aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 december 2020, voor zover hier van belang, per e-mail aan de de indicierend wijkverpleegkundige verklaard:

"(...)

Vorig jaar, 3 december 2019 hebben wij telefonisch overleg gehad over de indicatie. Wij hebben toen geconstateerd dat er met name, vanwege zijn cognitieve problematiek, aansturing en begeleiding nodig is bij [naam verzekerde].

Wel heeft hij hulp nodig bij de ADL op ochtend, omdat hij zonder orthopedisch schoeisel valgevaarlijk is en daarnaast een slechte visus heeft. Deze tijd hebben we daarom wel toegekend.

Bovenstaande blijkt ook uit het zorgplan; [naam verzekerde] heeft met name aansturing nodig (...) bij toiletgang. Hij voelt geen aandrang dus wordt erop geattendeerd om naar het toilet te gaan. Bij deze vele stappen/extra handelingen die horen bij zijn toiletgang heeft [naam verzekerde] ondersteuning nodig. Dus de zorg wordt niet daadwerkelijk overgenomen. Dit valt dus onder begeleiding. Er zijn lichamelijk gezien geen aanwijzingen waarom hij deze zorg niet zelfstandig uit zou kunnen voeren, mits hij zijn orthopedisch schoeisel draagt.

Als hij regelmatig ongelukjes heeft zou hij incontinentie materiaal kunnen dragen maar dat gebeurt op dit moment niet.

Graag hoor ik nog even van jou of dit is wat we besproken hebben en of je hier daadwerkelijk mee akkoord bent.
(...)"

- 3.8. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 8 december 2020 per e-mail, voor zover hier van belang, aan de ziektekostenverzekeraar verklaard:

"(...)
Na het stellen van de indicatie heeft [naam medewerker ziektekostenverzekeraar] contact met mij opgenomen, samen de casus doorgenomen en tot het besluit gekomen dat veel gestelde acties niet onder PV/VP vallen maar begeleiding is. De kinderfysiotherapeut heeft dit na contact bevestigd[.]

Samen de indicatie bijgesteld
(...)"

- 3.9. Op 23 december 2020 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar een huisbezoek aan verzekerde gebracht. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar op 6 januari 2021 per brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld bereid te zijn eveneens een PGB vv toe te kennen voor het zalven van de huidplooien met Sudocrem® op basis van drie keer vijf minuten (= 15 minuten) per dag. Het PGB vv kwam hiermee uit op 6 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.10. Op 1 juli 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...)
Het dossier bevat een akkoordverklaring van de wijkverpleegkundige. De indicierend wijkverpleegkundige is bekend met de situatie van verzekerde en het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg te onderbouwen. Aangezien de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren is de geneeskundige context voor deze zorg niet meer onderbouwd. Het is derhalve niet meer relevant om te beoordelen of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.

Wel merkt het Zorginstituut naar aanleiding van de informatie in het dossier het volgende op. Verweerder heeft een PGB vv toegekend voor het verzorgen van de schaamstreek met Sudocrem®. Deze zorg is niet geïndiceerd en onderbouwd in zorgplan door de indicierend wijkverpleegkundige. De fysiotherapeut heeft deze zorg beschreven in een e-mail aan verweerder. Het is echter aan de indicierend wijkverpleegkundige om de zorg te indiceren en onderbouwen.

Conclusie

In dit geschil wordt niet toegekomen aan vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context nu de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het aanpassen van de indicatie. Daardoor kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat de geïndiceerde zorg met betrekking tot medicatietoediening, verzorging/verschoning na zaadlozing, transfers in huis en de toiletgang niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.
(...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een PGB vv aan verzekerde toe te kennen conform de oorspronkelijke indicatie van de indicierend wijkverpleegkundige, te weten op basis van 28 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

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. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar het oorspronkelijk aangevraagde PGB vv alsnog volledig aan verzekerde moet toekennen. De geïndiceerde zorgtaken betreffen zorg aan het lichaam en vloeien voort uit zijn lichamelijke problematiek. Verzekerde heeft de geïndiceerde zorg bovendien nodig. In dit verband wordt opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar de behandelend fysiotherapeut heeft gevraagd naar de toiletgang door verzekerde, maar de fysiotherapeut is hierbij nooit aanwezig geweest.

Mede door de lage toekenning van het PGB vv is op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) slechts 14 uur ondersteuning voor thuis toegekend. Waar verzekerde eerst nog een indicatie had voor 50 uur zorg per week ten laste van de Zvw en de Wmo tezamen, bedraagt deze indicatie nu nog maar totaal 18,5 uur.

Verzoekster heeft na de hoorzitting een aanvullende toelichting gegeven, waaruit blijkt waarom verzekerde is aangewezen op voetzorg en dat het tevens wondverzorging betreft. Volgens verzoekster gaat deze zorg de expertise van de pedicure te boven en is duidelijk sprake van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aan verzekerde aanvankelijk een PGB vv is toegekend op basis van 40 minuten per dag, ofwel 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor hulp bij het douchen en het aantrekken van de orthopedische schoenen. Nadien heeft een huisbezoek bij verzekerde plaatsgevonden en is vastgesteld dat hij tevens is aangewezen op hulp bij het schoonhouden van de schaam- en buikstreek en hulp bij het insmeren van de huid met Sudocrèm. Om die reden is met terugwerkende kracht een PGB vv aan verzekerde toegekend op basis van 6 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verder niet gebleken dat verzekerde zonder hulp zijn medicatie niet kan innemen of dat hij niet zelfstandig naar het toilet kan. Verzekerde lijkt vooral aansturing en aanwijzingen nodig te hebben. Dit betekent dat sprake is van begeleiding en daarvoor wordt geen PGB vv toegekend. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat voor hulp bij de transfers slechts een PGB vv kan worden toegekend als deze samenhangen met zorghandelingen. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar niet aan de orde. Tot slot is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat de geïndiceerde 'verzorging zaadlozing' geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, maar bovendien geldt dat incontinentiemateriaal hiervoor een voorliggende voorziening is. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn bevindingen met de indicierend wijkverpleegkundige besproken en heeft het gesprek vervolgens per e-mail op 2 december 2020 aan haar bevestigd. Op 8 december 2020 heeft de wijkverpleegkundige per e-mail verklaard dat zij zich hierin kan vinden en dat de indicatie overeenkomstig is aangepast. Gelet hierop heeft verzekerde geen recht op een hoger of ander PGB vv dan reeds aan hem is toegekend.

In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verder aangevoerd dat de geïndiceerde voetzorg geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Voorts is volgens de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat verzekerde het orthopedisch schoeisel niet zelfstandig kan uittrekken. Voor deze zorg is om die reden geen PGB vv aan verzekerde toegekend.

Overwegingen commissie

- 6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor verpleging en verzorging, zijnde zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop (de geneeskundige context). Onder voorwaarden bestaat dekking voor financiering van verpleging en verzorging in de vorm van een PGB vv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde is aangewezen op verpleging en verzorging. Evenmin is tussen hen in geschil dat verzekerde in aanmerking komt voor financiering hiervan in de vorm van een PGB vv. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is op basis van hoeveel uren verpleging en verzorging verzekerde aanspraak heeft op een PGB vv.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een PGB vv toegekend voor hulp bij het douchen en aantrekken van de schoenen. Tevens is daarna nog een PGB vv toegekend voor het zalven van de huidplooien, waardoor het PGB vv blijkens de brief van de ziektekostenverzekeraar van 6 januari 2021 is verhoogd tot 6 uur en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Wat dit laatste onderdeel betreft is door het Zorginstituut in zijn advies van 1 juli 2021 weliswaar - terecht - opgemerkt dat hiervoor geen indicatie is gesteld door de indicerend wijkverpleegkundige, maar de commissie verbindt hieraan geen gevolgen, mede gelet op het feit dat de met dit zalven gemoeide tijd door de ziektekostenverzekeraar is opgenomen na en naar aanleiding van een huisbezoek aan verzekerde.
- 6.6. Voor de overige zorg die is aangevraagd, geldt dat een indicatie hiervoor ontbreekt. Uit het mailbericht van de indicerend wijkverpleegkundige van 8 december 2020 in combinatie met het mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 2 december concludeert de commissie dat de indicerend wijkverpleegkundige in december 2019 akkoord is gegaan met verlaging van de door haar gestelde indicatie op de overige onderdelen, zoals ook het Zorginstituut heeft vastgesteld in zijn advies van 1 juli 2021. Onder deze omstandigheden kan van de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet gevergd worden dat hij een hoger PGB vv toekent dan reeds door hem is toegekend.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 5 Het toekennen van een pgb

5.1 De Friesland beoordeelt uw aanvraag voor een pgb aan de hand van het pgb-aanvraagformulier (deel 1 en 2) en eventueel een 'Bewust Keuzegesprek'. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2, kennen wij u een pgb toe. In dat geval ontvangt u een schriftelijke toekenningsverklaring waarin de periode van toekenning van het pgb is opgenomen, het aantal uren zorg dat u maximaal over de periode van toekenning mag declareren en de hoogte van het bedrag dat wij maximaal over de toegekende periode vergoeden.

5.2 De ingangsdatum van het pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag, inclusief eventuele bijlagen, hebben ontvangen. Deze datum is vermeld op de toekenningsverklaring. Op uw verzoek kunnen wij het pgb ook per een latere datum in laten gaan.

5.3 In afwijking van artikel 5.2 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. op grond van de voorgaande indicatie was u een pgb toegekend;
- b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
- c. De Friesland heeft uw aanvraag voor een pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.

5.4 De periode van toekenning is maximaal een kalenderjaar en eindigt uiterlijk op 31 december of per de datum waarop uw indicatie eindigt, als dit een eerdere datum is.

5.5 Als u al verpleging en verzorging uit uw basisverzekering ontvangt op het moment dat u een aanvraag voor een pgb indient, moet u deze zorg zelf beëindigen vóór de ingangsdatum van het pgb. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u deze zorg naast het pgb gedeeltelijk blijft ontvangen. Wij kennen u dan maximaal het aantal uren zorg toe waarop u volgens uw indicatie bent aangewezen, onder aftrek van de uren verpleging en verzorging die u buiten het pgb blijft ontvangen.

5.6 Het pgb wordt per kalenderjaar berekend.

5.7 Als uw basisverzekering of uw pgb op een eerdere datum eindigt dan de einddatum vermeld op uw toekenningsverklaring, dan wordt het toegekende aantal uren op de volgende wijze verlaagd: (het oorspronkelijke toegekende aantal uren pgb) x (het aantal dagen dat uw pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) : 365 = (het verlaagde aantal uren pgb). Als wij meer uren hebben betaald dan waarop u volgens deze berekening recht heeft, vorderen wij het bedrag aan teveel betaalde uren van u terug.

5.8 Als u een nieuwe aanvraag heeft ingediend omdat er een herindicatie is gesteld, herberekenen wij uw pgb op basis van deze nieuwe aanvraag. Het nieuwe pgb wordt berekend per de ingangsdatum van de nieuwe toekenning, zoals beschreven in de artikelen 5.2 en 5.3.

5.9 Als u in een periode van toekenning minder uren zorg heeft ontvangen dan het aan u over deze periode toegekende pgb in uren, nemen wij dit overschot in uren na afloop van de periode niet mee naar een nieuwe toekenningsperiode.

5.10 De Friesland vult geen tekorten op uw pgb aan. Als het geïndiceerde aantal uren zorg voor u niet (meer) toereikend is, moet u een nieuwe indicatie aanvragen.

5.11 Wij kennen u een pgb toe voor maximaal twee jaar. De datum waarop de toekenning afloopt is vermeld op uw toekenningsverklaring. Als u na deze datum nog steeds een pgb wilt ontvangen, moet u een nieuwe indicatie aanvragen en moet u een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4.

5.12 In afwijking van artikel 5.11 geldt voor verzekerden die op 31 december 2017 al een pgb van De Friesland ontvingen dat de toekenningsverklaring geldig is tot maximaal 1 januari 2020 of tot de datum waarop uw indicatie eindigt, als dit een eerdere datum is.

5.13 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb gaan wij uit van de uren verpleging en/of verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u hiervoor geen pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.

Artikel 6 Declareren en vergoeding

6.1 Declareren

6.1.1 Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene voorwaarden van uw basisverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.

6.1.2 U kunt uw nota's bij ons declareren vanaf de ingangsdatum van het toegekende pgb zoals vermeld in de toekenningsverklaring die u van ons heeft ontvangen.

6.1.3 Voor de declaratie van uw nota's moet u gebruikmaken van de declaratieformulieren pgb die u op onze website defriesland.nl/pgb kunt vinden. Op uw verzoek kunnen wij u deze ook toesturen.

6.1.4 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners waarmee u op basis van uw pgb een overeenkomst heeft gesloten, declareert u bij ons nadat de zorg is verleend. Wij betalen u dus geen voorschot.

- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signalerings-systeem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.12 Geschillen

- a. Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, dan kunt u binnen een jaar nadat die beslissing u is meegedeeld De Friesland vragen om de beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan de Geschillencommissie van De Friesland. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Ombudsman van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Via internet: www.skgz.nl en info@skgz.nl of telefonisch: (088) 90 06 900. De Ombudsman neemt uw klacht door en zoekt uit of er aanknopingspunten zijn om in de klacht te bemiddelen. Deze bemiddeling is voor u als verzekerde gratis. Als de Ombudsman geen bemiddelingsruimte ziet, kunt u de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de SKGZ. Als u een bindend advies van de Geschillencommissie van de SKGZ wilt ontvangen, bent u entreegeld verschuldigd. De SKGZ stelt voorwaarden aan uw verzoek voordat het in behandeling kan worden genomen. Voor de exacte voorwaarden verwijzen wij naar de website van de SKGZ: www.skgz.nl.
- b. U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst het geschil aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.13 Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie-instantie. In geen geval mag u zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor De Friesland in zijn rechten kan worden geschaad. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht De Friesland de daardoor geleden schade te vergoeden.

maximaal 2 x € 107,50 (€ 125 - € 17,50) = € 215,- per dag voor moeder en kind samen. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van opgave door het ziekenhuis, of door het kraamcentrum dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis. Voor kraamzorg na bevalling thuis of in een kraamhotel, zoals bedoeld onder c. en d., geldt een eigen bijdrage van € 4,40 per uur. De kosten voor het verblijf in een kraamhotel komen voor uw eigen rekening.

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 80% van het laagste tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

Let op! Met verloskundige zorg en kraamzorg samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek of ziekenvervoer, tellen wel mee voor het eigen risico.

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.

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 een verpleegkundige niveau 5 of een verpleegkundig specialist op basis van het hiervoor opgestelde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Een indicatie voor het pgb moet altijd in uw eigen omgeving worden gesteld. Voor de indicerende verpleegkundige of verpleegkundig specialist geldt ook dat deze werkzaam moet zijn voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Wij accepteren geen indicatie van een indicerende verpleegkundige of verpleegkundig specialist die niet aan deze voorwaarden voldoet.

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 verpleegkundige niveau 5 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.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

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.

Overgangsregeling

Als u op 31 december 2018 al gebruikmaakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener, dient u voor 1 oktober 2019 uw aanvraag voor toestemming per 1 januari 2020 bij ons in te dienen. Wij zullen u dan uiterlijk 12 november 2019 laten weten of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde kwaliteitseisen én uw indicatie en zorgplan aan de door ons gestelde eisen voldoen. Mocht blijken dat uw zorgverlener en/of de indicatie en het zorgplan niet voldoen, dan komt u vanaf 1 januari 2020 niet meer in aanmerking voor vergoeding van de kosten van zorg door deze zorgverlener. U kunt dan contact opnemen met onze Wachtlijstbemiddeling voor bemiddeling naar een andere zorgverlener die wel voldoet aan onze kwaliteitseisen.

Herbeoordeling indicatie

Als u het niet eens bent met de door de verpleegkundige vastgestelde aard,

inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en u niet samen tot een oplossing kunt komen, kunt u een herbeoordeling door een andere verpleegkundige aanvragen. Met deze herbeoordeling behoort u terug te gaan naar de verpleegkundige die de eerdere indicatie heeft gesteld. Komt u er daarna nog niet samen uit, dan kunt u een klacht indienen bij de instelling waarvoor de verpleegkundige die de oorspronkelijke indicatie heeft gesteld werkzaam is.

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 80% 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

Inhoud zorg

U heeft recht op ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in de Wet ambulancevervoer of per helikopter, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
- c. naar een zorgaanbieder, als u jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van uw gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
- d. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
- e. naar uw woning, of een andere woning als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a./t/m d.

Voor vervoer per helikopter geldt dat u een verwijzing nodig heeft via de meldkamer ambulancevervoer of via een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft volgens de Wet Ambulancevervoer.

Bij fraude:

- a. doet De Friesland aangifte bij de politie;
- b. wordt uw verzekering beëindigd. Dit geldt ook voor eventueel bij De Friesland Reisverzekeringen NV lopende verzekeringen;
- c. vindt registratie plaats in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signaleringsstelsel;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schadebedragen en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.10 Klachten

- a. Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze voorwaarden genomen beslissing, kunt u binnen een jaar nadat u die beslissing is meegedeeld De Friesland vragen deze beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan de Klachtencommissie van De Friesland. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Ombudsman van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Via internet: www.skgz.nl en info@skgz.nl of telefonisch: (088) 90 06 900. De Ombudsman neemt uw klacht door en zoekt uit of er aanknopingspunten zijn om in de klacht te bemiddelen. Deze bemiddeling is voor u als verzekerde gratis. Als de Ombudsman geen bemiddelingsruimte ziet, kunt u de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de SKGZ. Als u een bindend advies van de Geschillencommissie van de SKGZ wilt ontvangen, bent u entreegeld verschuldigd. De SKGZ stelt voorwaarden aan uw verzoek voordat het in behandeling kan worden genomen. Voor de exacte voorwaarden verwijzen wij naar de website van de SKGZ: www.skgz.nl.
- b. U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst de klacht aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.11 Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie instantie. In geen geval mag u zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die

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 rehtens 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.