



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 (PGB), aantal
toegekende uren

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

Zaaknummer : 202000208

Zittingsdatum : 16 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

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. Op 2 juli 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 september 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 8 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020039129) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 9 oktober 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 21 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 11 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief 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 basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Extra en AV Tand Standaard (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft onder andere de ziekte van Pompe, de ziekte van Graves en diabetes mellitus. In verband hiermee heeft zij veel zorg nodig, die zij ontvangt van haar echtgenoot. Verzoekster ontvangt hiervoor al jaren een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging van het PGB vv met ingang van 25 september 2019.
- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzoekster verklaard:

"19-1-2015 Diagnose spierziekte ziekte van Pompe - .De ziekte van Pompe (glycogeenstapelingsziekte type 2, zure-maltasedeficiëntie) is een zeldzame, progressieve spierziekte, veroorzaakt door een gestoorde stofwisseling in de spieren. Als gevolg van deze ziekte

moest mevrouw worden beademd, Hiervoor is een canule geplaatst voor een trageostoma, Deze stoma is 31-5-2016 verwijderd mevrouw wordt in de nacht nu non- invasieve beademend. Waar dhr mw mee ondersteun[t].

10-04-2016 heeft mevrouw een CVA ondergaan. Mevrouw heeft hier een slechter gezichtsveld aan over gehouden. Daarnaast heeft mevrouw de ziekte van Graves Basedow (De ziekte van Graves is een autoimmuunziekte en wordt vaak beschreven als een multi-systeemaandoening. Als je de ziekte van Graves hebt, krijg je meestal last van een hyperthyreoïdie. -hard werkende schildklier.) Ook heeft mevrouw te maken met Diabetes Melitus (2) tablet afhankelijk en Hypertensie (tablet afhankelijk)

Mevrouw heeft een portocart (deze wordt onder andere elke 2 weken gebruikt voor een enzymtherapie, welke wordt voorgeschreven vanuit het ziekenhuis in Rotterdam.) Lichen sclerosus van de vulva (Lichen sclerosus is een chronische huidaandoening waarbij jeuk op de voorgrond staat)

10-9-2019 Voor herindicatie PGB huisbezoek afgelegd. Hierbij waren zowel mevrouw als haar echtgenoot aanwezig. Ziekte zoals hierboven is nog altijd aanwezig. Mw heeft in mei 2019 een ooglid operatie ondergaan. Mw vertelde dat ze haar oogleden bijna niet open kon houden (oorzaak ziekte van pompe). Verder geeft mevrouw aan dat de situatie redelijk stabiel is. wel heeft mevrouw vaker last van haar neuropathie. Deze week heeft mevrouw een afspraak met de praktijkondersteuner in verband met wisselende waarden met betrekking tot de diabetes en de schildklier.

Mevrouw geeft aan een flink aantal kilo's af te zijn gevallen. Met name het eten gaat steeds moeizamer. [s] Middags gaat mevrouw nu bij noodzaak ook even op bed liggen en komt dan ook aan de noninvasieve beademing. Omdat de situatie zeer vergelijkbaar is bij vorig jaar en rekening houdend met gebruikelijke zorg, zullen de geïndiceerde uren gelijk blijven bij vorig jaar. (...)

Dhr (echtgenoot) doet heel veel mantelzorg taken voor mevrouw. Dit kan een potentieel probleem worden wanneer echtgenoot de zorg voor mevrouw niet meer trekt. Naast de zorg die dhr namelijk geeft via het PGB, geeft dhr ook de gebruikelijke zorg aan mevrouw. (Zorg als huishoudelijke werkzaamheden, ondersteunen naar ziekenhuis enz). Dhr is [zich] hiervan bewust en zegt de zorg nu goed aan te kunnen. Wanneer dit niet zo is zal dhr dit aangeven.

Doelen cliënt

Mevrouw wil graag zolang mogelijk met echtgenoot thuis blijven wonen. En wil graag dat echtgenoot ook de zorg kan blijven volhouden.

Sociaal netwerk / mantelzorg

De zorg voor mevrouw wordt met name door echtgenoot gedaan (pgb wordt ook door echtgenoot uit gevoerd) Daarnaast ondersteunen kinderen dhr door hem soms een dagje mee uit te nemen. Als dhr ergens heen gaat komt er een vriendin van mevrouw langs om de hand en span diensten uit te voeren. (...)

Persoonlijke hygiëne

DOEL: Mevrouw verteld zich schoon en comfortabel te voelen over haar eigen lichaamshygiëne.

Acties:

- 2 of 3 keer per week wordt mevrouw ondersteund met douchen
- andere dagen lukt het mevrouw zelf om haar aan te kleden. (...)

Medicatieoediening

DOEL: Mw krijgt haar medicatie volgens voor schrift voor een optimaal therapeutisch resultaat.

ACTIES:

- 1 - Mevrouw krijg[g]t haar medicatie op voor vast gestelde tijden aangereikt door echtgenoot. (...)

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 september 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat een PGB vv wordt toegekend op basis van 8 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 7 uren Verpleging per week.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 28 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 8 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“(...) Het dossier bevat de PGB vv aanvraag in geschil met het daarbij behorende zorgplan. Ook bevat het dossier het vorige zorgplan. In het dossier is geen medische informatie aanwezig.

Gelet op voornoemd artikel 114, derde lid van de Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 van de Zvw. Voor geschillen met betrekking tot een PGB vv kan het Zorginstituut alleen beoordelen of sprake is van ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’ en ‘een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop’, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Niet in geschil is of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden of [van] de aanwezigheid een geneeskundige context. Het geschil betreft het aantal geïndiceerde minuten voor huidverzorging en de ademtherapie. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid. Wel wil het Zorginstituut het volgende opmerken.

Indien een zorgverzekeraar afwijkt van de gestelde indicatie dient dit voldoende onderbouwd te worden of dient de indicerend wijkverpleegkundige akkoord te zijn gegaan met de verlaging van het aantal minuten. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk of de indicerend wijkverpleegkundige in dit geval akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal minuten. Het Zorginstituut acht de verlaging van het aantal minuten zorg met betrekking tot de ademtherapie onvoldoende onderbouwd door verweerder.

Voor wat betreft de huidverzorging merkt het Zorginstituut op dat de geneeskundige context onvoldoende onderbouwd is. Er is 30 minuten per dag geïndiceerd voor huidverzorging. Wat deze zorg inhoudt is niet beschreven in het zorgplan.

Conclusie

Het Zorginstituut kan geen advies uitbrengen en merkt alleen op dat de verlaging van het aantal geïndiceerde minuten voor ademtherapie onvoldoende onderbouwd is en uit de beschikbare informatie niet blijkt dat sprake is van een geneeskundige context voor de huidverzorging. (...)”.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog een PGB vv toe te kennen op basis van 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging 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 heeft aangevoerd dat zij 's middags en 's nachts gaat slapen. Zij moet vanwege de ziekte van Pompe worden ondersteund bij de beademing. Hieronder vallen diverse acties, namelijk airstacken, peppen, het aanbrengen en verwijderen van de mond- en neuskap, en controle van de lichaamsfuncties. Het gaat daarom niet om ademhalingsoefeningen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de tijd die hiervoor is geïndiceerd te ruim genomen. Verder moet de vulva van verzoekster in verband met lichen sclerosus op een speciale manier worden gezalfd. Volgens de ziektekostenverzekeraar behoeft ook dit onderdeel van de zorg minder tijd dan is geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar licht niet verder toe waarom met minder tijd kan worden uitgekomen.

- 6.3. Verzoekster betwist uitdrukkelijk dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren zorg. Zij heeft tijdens het gesprek met de ziektekostenverzekeraar juist toegelicht dat het aantal uren correct, en zelfs streng, is geïndiceerd. De ziekte van Pompe is een progressieve aandoening, waardoor verzoekster in de komende jaren meer zorg nodig zal hebben. Daarom is niet aannemelijk dat zij nu toe zou kunnen met minder zorg dan in voorgaande jaren. Het is aan de wijkverpleegkundige te bepalen hoeveel tijd nodig is om de geïndiceerde zorghandelingen uit te voeren. In de Zvw zijn hiervoor geen normtijden opgenomen. De ziektekostenverzekeraar kan niet zomaar afwijken van de indicatiestelling omdat het, beredeneerd van achter een bureau en zonder enige kennis van de persoonlijke situatie van de verzekerde, wel een onsje minder mag. De ziektekostenverzekeraar gaat hiermee op ongeoorloofde wijze op de stoel van de indicierend wijkverpleegkundige zitten, aldus verzoekster.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de indicatie door de wijkverpleegkundige is gesteld op 10 september 2019. De zorginhoudelijk medewerker van de ziektekostenverzekeraar was van mening dat de indicatie te hoog was vastgesteld. Zij nam daarom op 7 oktober 2019 telefonisch contact op met de indicierend wijkverpleegkundige. Tijdens het gesprek is besproken wat de ademhalingstherapie precies inhoudt. De wijkverpleegkundige heeft toen meegedeeld dat het voornamelijk oefeningen betreft. Wel moet de mond-neus-kap worden aan- en afgekoppeld. Afsproken is daarom alleen hiervoor tijd toe te kennen. Ook omdat de overige handelingen niet helder te indiceren zijn. Dit houdt in dat één uur Verpleging per dag is toegekend in plaats van twee uren. Het zalven van de vulva moet tweemaal daags gebeuren. De wijkverpleegkundige rekent hiervoor een half uur per dag. In overleg is dit teruggebracht naar vijf minuten per handeling, dus tien minuten per dag. De indicierend wijkverpleegkundige is met de nieuwe indicatie akkoord gegaan.
- 6.5. In artikel 5.12 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar mag afwijken van de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie, als de geïndiceerde zorg niet doelmatig is of niet onder Verpleging en Persoonlijke Verzorging valt. Op basis hiervan kan de indicatie worden bijgesteld, ook als de indicierend wijkverpleegkundige het hiermee achteraf niet eens is. De inhoud van het zorgplan is betrokken bij de beoordeling. Bij een herindicatie wordt opnieuw gekeken naar de benodigde zorg. Ook als de zorgvraag niet is veranderd, kan dan toch blijken dat de eerder vastgestelde uren te hoog waren of niet vallen onder

Verpleging en Persoonlijke Verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, aldus de ziektekostenverzekeraar.

Overwegingen

- 6.6. De commissie overweegt dat de indicierend wijkverpleegkundige bij uitstek geschikt is te bepalen hoeveel uren zorg iemand nodig heeft om in zijn zorgbehoefte te kunnen voorzien. De wijkverpleegkundige heeft de verzekerde gezien en kan de beoordeling daarom het beste uitvoeren. Bij iedere herindicatie kan een nieuw aantal uren gelden, ongeacht het aantal uren dat eerder is toegekend. Gelet op het bepaalde in artikel 5.12 van het reglement hoeft de ziektekostenverzekeraar de indicatie echter niet zonder meer te volgen. Er kunnen redenen zijn hiervan af te wijken, bijvoorbeeld omdat naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar ondoelmatige zorg is geïndiceerd dan wel dat zorg is geïndiceerd die niet is aan te merken als Verpleging of Persoonlijke Verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De ziektekostenverzekeraar zal dan wel goed moeten motiveren waarom van de indicatiestelling wordt afgeweken. Zeker als de ziektekostenverzekeraar niet iemand langs stuurt bij de verzekerde om zelf de situatie te beoordelen, ligt het op zijn weg contact te zoeken met de indicierend wijkverpleegkundige en te overleggen.
- 6.7. In de situatie van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar dit gedaan door op 7 oktober 2019 telefonisch contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige. De inhoud van het gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar vastgelegd in een telefoonnotitie in zijn administratie. In deze notitie staat onder andere voor welke vormen van zorg minder uren worden toegekend, waarom dit het geval is, en dat dit is besproken met de wijkverpleegkundige. Ook staat in de notitie dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar met een notitie in zijn eigen administratie niet aannemelijk heeft gemaakt dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren. De ziektekostenverzekeraar had zijn stelling aannemelijk kunnen maken door destijds de gemaakte afspraken schriftelijk te bevestigen, hetgeen van hem als professionele partij – die hier vaker mee van doen heeft – ook had mogen worden verwacht. Dit is echter niet gebeurd. Daarom moet als vaststaand worden aangenomen dat de oorspronkelijk gestelde indicatie in stand is gebleven. De commissie zal de indicatiestelling op de punten waarop is afgeweken niet inhoudelijk toetsen, maar zal concluderen tot toewijzing van het gevorderde.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen op basis van 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 27 januari 2021,

G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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./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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.