

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.10 en 2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020 en 2021

Zaaknummer : 202101132

Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

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

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 26 mei 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 3 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 26 oktober 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 november 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 9 december 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021043211) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 december 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 22 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie een aanvullende reactie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 3 januari 2022 gereageerd en daarin zijn verzoek aan de commissie gewijzigd.
- 2.5. Partijen hebben aanvankelijk verklaard dat zij gebruik wenste te maken van de mogelijkheid om gehoord te worden. Verzoeker en ziektekostenverzekeraar hebben op 4 respectievelijk 14 januari 2022 telefonisch verklaard dat zij van deze mogelijkheid afzien. De commissie heeft bij brief van 14 januari 2022 aan partijen bevestigd dat geen hoorzitting zal plaatsvinden.
- 2.6. De nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 1 maart 2022 heeft het Zorginstituut meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief mag worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 en 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Extra en AV Tand Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoeker is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.3. Bij brief van 15 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat aan hem met ingang van 24 januari 2020 een PGB vv wordt toegekend op basis van 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een huisbezoek bij verzoeker afgelegd. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar op 4 maart 2020 een e-mailbericht aan de indicierend wijkverpleegkundige gezonden. Het bericht luidt:
"(...) Ik begreep van je collega dat je vandaag vrij bent, dus vandaar dat ik je even mail. Ik ben in verband met een controle PGB vanochtend op huisbezoek geweest bij [verzoeker]. Begin februari hebben wij contact gehad over de herindicatie. Maar nu ik hem zelf zo zag, zie ik niet direct een zorgvraag. Dhr. was gewoon goed mobiel, kon zonder moeite zijn administratie pakken uit een lade onderaan een kast. Maakt ook geen gebruik van (loop)hulpmiddelen. Dhr. zegt meerdere keren per dag met de hond te lopen etc.
- Zijn vrouw helpt hem bij het wassen van het gezicht en wassen haar, 2 keer per week als hij doucht, omdat hij zijn armen niet boven zijn schouders kan krijgen. Bij toiletgang heeft hij soms hulp nodig, als hij zenuwpijn heeft in zijn handen en daardoor zijn knoop niet vast kan maken. Aankleden kan hij zelf, misschien soms hulp nodig bij een trui aantrekken maar zelfs zijn sokken en schoenen kan hij zelf aankrijgen, als hij op het toilet zit.*
- 's-Nachts moet ze hem vaak geruststellen omdat hij last heeft van panieklachten. Hiervoor hebben ze ook een PGB vanuit de WMO van 2 uur per week.*
- Ik zie niet direct de zorgvraag eigenlijk. Mogelijk wat hand- en spandiensten hier en daar: trui aantrekken, rug wassen, haar wassen en kousen aan/uit. Ik hoor graag even van jou, hoe jij dit ziet. (...)"*
- 3.5. Naar aanleiding van voornoemd e-mailbericht hebben de ziektekostenverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige op 5 maart 2020 telefonisch contact gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft een notitie van het gesprek gemaakt, waarin is vermeld dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van de indicatie met ingang van 1 april 2020 tot 1 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.6. Bij brief van 6 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat aan hem met ingang van 1 april 2020 een PGB vv wordt toegekend op basis van 1 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de indicierend wijkverpleegkundige heeft voorgesteld een herindicatie te laten uitvoeren door een onafhankelijke wijkverpleegkundige en dat verzoeker hierover binnen twee weken wordt geïnformeerd.
- 3.8. Op 27 mei 2021 heeft de indicierend wijkverpleegkundige een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De inhoud van dit bericht luidt:
"(...) Gisterochtend heb ik samen met [naam collega verpleegkundige] de PGB indicatie van [verzoeker] doorgenomen, gericht op doelmatigheid. Dit volgens onze afspraak. Samen zijn we tot een aangepaste Omaha + Zorgplan gekomen, zie bijlagen. (...)"
- 3.9. Uit voornoemd zorgplan en de OMAHA-aanleiding, die zijn geaccordeerd door de indicierend wijkverpleegkundige, volgt dat een indicatie is gesteld op basis van 2 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 juni 2020 aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend met ingang van 1 april 2020 op basis van 2 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.11. Op 17 november 2020 heeft verzoeker een klacht ingediend en bezwaar gemaakt bij Thuiszorg Het Friese Land over de gestelde indicatie. Bij brief van 12 januari 2021 heeft de zorgaanbieder gereageerd. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier relevant:
"(...) Naar aanleiding van uw brief is Thuiszorg Het Friese Land in overleg gegaan met De Friesland Zorgverzekeraar. Dit heeft helaas niet geleid tot een gezamenlijke reactie naar u toe; dit hadden wij graag anders gezien.

Tijdens het onderzoek hebben we geconstateerd dat het proces van indicatiestelling ten behoeve van een PGB aanvraag bij [verzoeker] niet is gegaan zoals had moeten. Dit betreuren wij zeer! We willen hieronder dan ook nader ingaan op het PGB proces.

Voor het aanvragen van een PGB dient een cliënt contact op te nemen met een wijkverpleegkundige voor het stellen van een indicatie. Daarna stelt de wijkverpleegkundige een indicatie zorgvraag op. De wijkverpleegkundige stuurt het aanvraagformulier en kopie van het zorgplan naar cliënt. De cliënt stuurt dan het aanvraagformulier en het zorgplan naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar bepaalt vervolgens of zij de aanvraag voor een PGB al dan niet toekennen; hier speelt de wijkverpleegkundige geen enkele rol van betekenis in. Het toekennen van een PGB is dus een besluit van de zorgverzekeraar, zoals ook is aangegeven door De Friesland in de brief van d.d. 2 juni 2020 (bijlage 3, van de klachtbrief).

In het geval van [verzoeker] heeft de wijkverpleegkundige volgens De Friesland eerst een te hoge indicatie afgegeven. Op basis van het huisbezoek die de zorginhoudelijk adviseur van De Friesland bij [verzoeker] heeft gedaan, beoordeelde De Friesland de situatie anders. De heer zou zelfredzamer zijn dan dat de wijkverpleegkundige had ingeschat. De indicatie werd daarop in opdracht van De Friesland aangepast door de wijkverpleegkundige.

De laatste aanpassing van de indicatie, PGB V&V 2:20 uur per week, werd door de wijkverpleegkundige niet naar de cliënt gestuurd, maar rechtstreeks naar de zorginhoudelijk adviseur van De Friesland. Dit is niet gebruikelijk, het spijt Thuiszorg Het Friese Land dan ook ten zeerste dat dit is gebeurd. Wanneer de bijgestelde indicatie tijd rechtstreeks naar [verzoeker] was gegaan, had [verzoeker] bij De Friesland kunnen aangeven dat hij hier niet akkoord mee zou gaan. De Friesland had moeten aangeven dat ze een second opinion hadden kunnen laten uitvoeren bij een andere zorgaanbieder dan Thuiszorg Het Friese Land. (...)"

- 3.12. Op 19 januari 2021 heeft verzoeker per e-mail de ziektekostenverzekeraar verzocht zijn beslissing van 3 juni 2020 in heroverweging te nemen. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.13. Op 16 maart 2021 heeft verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. Uit de aanvraag blijkt dat de indicatie geldig is vanaf 16 maart 2021 tot en met 16 maart 2023.

- 3.14. In de OMAHA-aanleiding - die deel uitmaakt van voornoemde aanvraag - heeft de indicierend wijkverpleegkundige, voor zover hier relevant, over verzoeker verklaard:
- "(...) Omgeving*
Dhr. woont sinds enkele jaren met echtgenote in een eengezinswoning. Vorige woningen waren niet geschikt voor dhr. (flat en stacaravan). Aanpassingen in de woning zoals toiletverhoger, beugels in toilet en douche
(...)
Fysiologisch
Dhr. is bekend met nekhernia's. Hiervoor 3 operaties gehad in een periode van 6 weken, zonder gewenst resultaat. Operatie is niet meer mogelijk. 3 CVA's in de periode tussen 2005 en 2007. 2021 hartstilstand. Dhr. is diabetes, tablet afhankelijk.
- Krachtsverlies in linkerzijde lichaam. Korte termijn geheugen aangetast. Moeite met prikkelverwerking, waardoor snel emotioneel en niet tegen drukke omstandigheden kunnen. Als gevolg van de nekhernia uitval, soms van beide armen. Pijn in de nek met uitstraling naar de armen. Dhr. kan zijn arm optillen tot schouderhoogte. Bij hoger optillen of bepaalde hoek van de arm daalt de bloeddruk, waarbij duizeligheid.*
- Dhr. heeft dagelijks pijnklachten. (...)"*
- 3.15. In het voorlopig advies van 9 december 2021 heeft het Zorginstituut verklaard, voor zover hier relevant:
- "(...) In geschil zijn twee aanvragen, een aanvraag met datum 16-01-2020 en een aanvraag met datum 16-3-2021. Wat betreft het geschil met aanvraagdatum 16-01-2020, de indicierend verpleegkundige heeft de indicatie na overleg met de verweerder bijgesteld en heeft vervolgens opnieuw een indicatie gesteld, deze indicatie heeft als aanvraag datum 27-05-2020. Verweerder heeft deze indicatie aanvraag volledig toegekend. Er is dan ook geen sprake van zorg die in geschil is, de verpleegkundige heeft zorg geïndiceerd en deze is toegekend door verweerder. Verzoeker is het niet eens met de indicatie zoals die is gesteld door de verpleegkundige, dit betekent echter niet dat er meer zorg toegekend kan worden dan dat er geïndiceerd is. (...)"*
- 3.16. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 december 2021 verklaard dat hij aan verzoeker een PGB vv zal toekennen op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 16 maart 2021 tot en met 16 maart 2022.
4. Geschil
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie - na wijziging van zijn verzoek - gevraagd te beslissen dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv moet toekennen op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 15 maart 2021;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem een schadevergoeding moet toekennen.
- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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 verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv heeft toegekend op basis van 12 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week. Dit blijkt uit de toekenningsbeschikkingen van 4 april 2018 en 15 november 2019. De indicatie die ten grondslag ligt aan deze toekenningsbeschikkingen zou eindigen op 15 maart 2020. Het ligt dan in de lijn der verwachting dat een volgende toekenning wordt afgegeven vanaf 16 maart 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen besloten met ingang van 24 januari 2020 een PGB vv toe te kennen op basis van 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien een huisbezoek bij verzoeker afgelegd. Vervolgens heeft contact plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige. Deze heeft volgens de ziektekostenverzekeraar ingestemd met de verlaging van de indicatie tot 1 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Op basis hiervan is met ingang van 1 april 2020 een PGB vv aan verzoeker toegekend. Uit het bindend advies van de commissie van 27 januari 2021 (SKGZ202000208) blijkt echter dat een zorgverzekeraar met een notitie in zijn eigen administratie niet aannemelijk kan maken dat de wijkverpleegkundige heeft ingestemd met aanpassing van de indicatie. Volgens de commissie had het op de weg van de zorgverzekeraar gelegen in die situatie de gemaakte afspraken schriftelijk te bevestigen. Al dat niet gebeurt, geldt de indicatie als uitgangspunt en mag hiervan niet worden afgeweken. Een vergelijkbare situatie heeft zich afgespeeld in dit geval. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een second opinion te laten uitvoeren door een andere wijkverpleegkundige. Hieruit kwam een indicatie van 2 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. De betreffende indicatie is echter niet besproken met de indicierend wijkverpleegkundige. Evenmin is verzoeker hierin gehoord of hierbij betrokken. De (andere) wijkverpleegkundige heeft haar bevindingen rechtstreeks aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Deze heeft deze bevindingen zonder meer overgenomen en besloten aan verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 april 2020 een PGB vv toe te kennen op basis van 2 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. Verzoeker is tegen deze gang van zaken opgekomen bij zowel de ziektekostenverzekeraar als de indicierend wijkverpleegkundige, echter zonder het gewenste resultaat. Verzoeker heeft vervolgens zelf besloten een second opinion te vragen, hetgeen erin heeft geresulteerd dat op 16 maart 2021 een indicatie is gesteld op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar deze indicatie moet volgen en aan hem met terugwerkende kracht tot 16 maart 2020 een PGB vv moet toekennen op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar is daartoe echter niet bereid.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat aan verzoeker aanvankelijk een PGB vv is toegekend op basis van 12 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week. De indicatie op grond waarvan dit PGB vv was afgegeven was geldig tot 15 maart 2020. Op 16 januari 2020 heeft er een herindicatie plaatsgevonden en zijn 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week geïndiceerd. Op grond van deze indicatie is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens heeft contact plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige. Hoewel er op dat moment nog steeds twijfels waren over de gestelde indicatie, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten deze te volgen en overeenkomstig deze indicatie aan verzoeker een PGB vv toe te kennen.

Volgens het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' is de ingangsdatum van het PGB vv gelijk aan de dag waarop te wijziging in de zorgvraag is vastgesteld, te weten 24 januari 2020.

De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 maart 2020 een huisbezoek bij verzoeker afgelegd. Dit is uitgevoerd door een zorginhoudelijk adviseur die werkzaam is als wijkverpleegkundige niveau 5. Naar aanleiding van het huisbezoek heeft de adviseur contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. In overleg is de indicatie vervolgens verlaagd naar 1 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Aan verzoeker is overeenkomstig de aangepaste indicatie een PGB vv toegekend met ingang van 1 april 2020. Nadat verzoeker hiertegen is opgekomen, heeft er opnieuw contact plaatsgevonden tussen de adviseur en de indicierend wijkverpleegkundige. Vervolgens is besloten de indicatie samen met een collega wijkverpleegkundige te bespreken. Dit heeft ertoe geleid dat de indicatie is aangepast naar 2 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop besloten aan verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 april 2020 een PGB vv toe te kennen overeenkomstig deze indicatie. Begin 2021 heeft de vertegenwoordiger van verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, nadat ook een klacht was ingediend bij de indicierend wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft op dat moment voorgesteld een second opinion uit te laten voeren. In het kader van deze second opinion is op 16 maart 2021 een nieuwe indicatie gesteld op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft deze indicatie aanvankelijk niet volledig overgenomen, omdat er naar zijn oordeel zorg was geïndiceerd die niet onder de aanspraak verpleging en verzorging vallen. Alles overziend heeft de ziektekostenverzekeraar gedurende de onderhavige procedure echter besloten aan verzoeker toch een PGB vv toe te kennen overeenkomstig de gestelde indicatie. De ziektekostenverzekeraar is echter niet bereid het PGB vv met terugwerkende kracht tot 16 maart 2020 toe te kennen. Er heeft immers geen intervisie plaatsgevonden met de wijkverpleegkundige die aanvankelijk een indicatie heeft gesteld. Evenmin is gebleken dat deze wijkverpleegkundige heeft besloten haar indicatie aan te passen. Verder is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat een indicatie niet met terugwerkende kracht kan worden gesteld. Dit betekent dat, overeenkomstig het reglement, het PGB vv is toegekend vanaf het moment dat de nieuwe zorgvraag is vastgesteld, te weten 16 maart 2021.

Overwegingen commissie

- 6.4. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoeker is het niet eens met de beslissing van de verzekeraar tot afwijzing van zijn 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. In het geval van verzoeker staat vast dat de ziektekostenverzekeraar aan hem bij brief van 4 april 2018 een PGB vv heeft toegekend op basis van 12 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week. Uit de overgelegde toekenningsbeschikking volgt dat het PGB vv is gebaseerd op een indicatie die geldig was van 15 maart 2018 tot en met 15 maart 2020. Op 16 januari 2020 heeft de indicierend wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie gesteld te weten voor 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week. Op grond van deze indicatie is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag goedgekeurd en met ingang van 24 januari 2020 een PGB vv aan verzoeker toegekend op basis van 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.

Anders dan verzoeker veronderstelt, heeft hij geen recht op een PGB vv tot en met 15 maart 2020 op grond van de indicatie die in 2018 is gesteld. Verzoeker heeft namelijk slechts recht op zorg voor zover hij hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit betekent dat hij hiervoor een geldige indicatie moet hebben. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 16 januari 2020 vastgesteld dat de zorgbehoefte van verzoeker is afgenomen. Vanaf dat moment had hij dan ook slechts recht op een PGB vv op basis van 11 uren en 15 minuten per week. Dit blijkt tevens uit artikel 5.3 het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Hierin is opgenomen dat in geval van een herindicatie - zoals in de situatie van verzoeker - de ingangsdatum van het PGB vv gelijk is aan de datum waarop de wijziging in de zorgbehoefte wordt vastgesteld.

Het is de commissie niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van voornoemde verzekeringsvoorwaarden, heeft besloten het PGB vv met ingang van 24 januari 2020, in plaats van met ingang van 16 januari 2020 te verlagen. Aangezien deze beslissing niet in het nadeel van verzoeker uitvalt, laat de commissie dit punt verder rusten.

6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten op 4 maart 2020 een huisbezoek af te leggen bij verzoeker. Naar aanleiding hiervan heeft de zorginhoudelijk adviseur van de ziektekostenverzekeraar op 4 maart 2020 een e-mailbericht gestuurd aan de indicierend wijkverpleegkundige om haar bevindingen te delen en is gevraagd om een reactie hierop. Naar aanleiding van het e-mailbericht heeft er op 5 maart 2020 telefonisch contact plaatsgevonden

tussen de zorginhoudelijk adviseur en de indicierend wijkverpleegkundige. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een notitie gemaakt, waarin is vermeld dat de situatie is doorgesproken en dat men is overeengekomen dat de indicatie wordt verlaagd naar 1 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Vervolgens is het PGB vv door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig de verlaagde indicatie met ingang van 1 april 2020 aangepast. De commissie kan deze gang van zaken niet volgen.

De ziektekostenverzekeraar kan niet zonder meer terugkomen op een beslissing die hij heeft genomen, tenzij daarvoor een concrete aanleiding of rechtvaardiging bestaat, die in deze situatie ontbreekt. Daarbij neemt de commissie in overweging dat de ziektekostenverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige reeds eerder contact hebben gehad over de gestelde indicatie, maar dat dit toen niet heeft geleid tot aanpassing van de indicatie, dan wel een afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Dit veronderstelt dat eventuele onduidelijkheden die er toen waren, zijn weggelaten, dan wel dat deze er niet aan in te weg stonden het PGB vv aan verzoeker toe te kennen. Voor zover dit laatste anders was, had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen dit kenbaar te maken aan de indicierend wijkverpleegkundige en/of de aanvraag toen af te wijzen.

Verder betracht de ziektekostenverzekeraar niet de vereiste zorgvuldigheid bij de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv door pas een huisbezoek af te leggen, nadat de aanvraag reeds was goedgekeurd. Overigens is ook niet gebleken van feiten en/of omstandigheden die een en ander rechtvaardigde.

Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat er voor de ziektekostenverzekeraar geen gegronde reden bestond het PGB vv met ingang van 1 april 2020 te verlagen en dit te baseren op 1 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 6.10. De ziektekostenverzekeraar heeft - nadat verzoeker was opgekomen tegen de uitkomst van het huisbezoek - besloten een herbeoordeling uit te laten voeren, zoals beschreven in artikel 5.12 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (hierna: het reglement) en overeenkomstig de uitkomst van deze herbeoordeling een lager PGB vv aan verzoeker toe te kennen. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen.
- Uit het aangehaalde artikel blijkt weliswaar dat de ziektekostenverzekeraar om een herbeoordeling van de indicatie kan vragen, maar dit alles vindt plaats ten tijde van de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv. Dit betekent dat een eventuele herbeoordeling plaats dient te vinden vóórdat de ziektekostenverzekeraar een beslissing neemt over de aanvraag. Aan deze voorwaarde is echter niet voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag immers eerst goedgekeurd en nadien pas om een herbeoordeling van de indicatie gevraagd. Daarmee betracht de ziektekostenverzekeraar niet de vereiste zorgvuldigheid die van hem mag worden verwacht bij de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv. De commissie komt, gelet op het voorgaande, dan ook tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar niet overeenkomstig artikel 5.12 van het reglement heeft gehandeld, zodat de uitkomst van de herbeoordeling niet in de plaats kan worden gesteld van de oorspronkelijke indicatie.
- 6.11. In de toekenningsbeschikking van 15 februari 2020 - betreffende een PGB vv op basis van 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week - wordt overigens gemeld dat de toekenningsverklaring geldt voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2020. Bij brieven van 28 en 30 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker te kennen gegeven de toekenningsverklaring te prolongeren voor 2021. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar gerefereerd aan de (verlaagde) indicatie van 2 uur en 20 minuten persoonlijke verzorging per week, maar zoals hiervoor geconstateerd heeft de verzekeraar deze lagere indicatie ten onrechte in de plaats gesteld van de oorspronkelijke indicatie. De verlenging van de toekenningsverklaring moet onder deze omstandigheden naar het oordeel van de commissie geacht worden eveneens te gelden voor de oorspronkelijke indicatie.

- 6.12. Gelet op voorgaande komt de commissie tot de volgende conclusie:
 Verzoeker had van 1 januari 2020 tot en met 23 januari 2022 aanvankelijk recht had op een PGB vv op basis van 12 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging per week.
 Naar aanleiding van een nieuwe aanvraag voor een PGB vv en op basis van de toekenningsbeschikking van 15 februari 2020 heeft verzoeker van 24 januari 2020 tot en met 15 maart 2021 recht op een PGB vv op basis van 11 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week. Uit de brief van verzoeker van 3 januari 2022 volgt echter dat het aantal uren aangepast zou kunnen worden naar 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week en wordt de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem op basis hiervan een PGB vv toe te kennen. De commissie volgt hierin het (gewijzigde) verzoek en ziet geen aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar een hoger PGB vv aan verzoeker moet toekennen.
 Voorts is niet in geschil dat verzoeker vanaf 16 maart 2021 recht heeft op een PGB vv op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week, zodat dit verder onbesproken kan blijven.

Schadevergoeding

- 6.13. Verzoeker heeft de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een schadevergoeding moet toekennen gelijk aan de kosten voor de inzet van rechtsbijstand. Voorop staat dat verzoeker zijn verzoek om schadevergoeding niet nader heeft onderbouwd, zodat dit onderdeel van het verzoek reeds om die reden moet worden afgewezen. Voorts overweegt de commissie dat de onderhavige procedure een laagdrempelig karakter heeft, waardoor de inzet van rechtsbijstand niet noodzakelijk is, maar in beginsel een keuze is. Van bijzondere omstandigheden, die de inzet van rechtsbijstand in dit specifieke geval rechtvaardigen, is niet gebleken. Ook dit vormt een reden het verzoek om schadevergoeding af te wijzen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoeker lopende deze procedure deels tegemoet is gekomen en verzoeker deels in het gelijk wordt gesteld, ziet de commissie wel aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet voldoen.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een PGB vv toe te kennen op basis van 9 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 24 januari 2020 tot en met 15 maart 2021;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 2 maart 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Polis) van het gemiddelde 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. 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-geregistreeerde 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

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.

Ambulancevervoer moet zijn goedgekeurd door de meldkamer.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft volgens de Wet Ambulancevervoer.

Toestemming vooraf

Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor liggend vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.

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

REGLEMENT PERSOONSGEBONDEN BUDGET VERPLEGING EN VERZORGING

Behorend bij de Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis

Geldig vanaf 1 januari 2021

De Friesland

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

AGB-code

Een Algemeen GegevensBeheer-code (AGB-code) is een landelijke code waarmee de zorgaanbieder kan worden herkend. Met deze unieke code staan zorgaanbieders geregistreerd in een landelijk register. Dit systeem wordt beheerd door Vektis. De AGB-code wordt landelijk gebruikt binnen het communicatie- en declaratieproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Zie voor meer informatie www.agbcode.nl.

AWBZ

Algemene wet bijzondere ziektekosten.

Budgetplan

Een overzicht van de door u voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget.

Familielid in de eerste of tweede graad

Uw (adoptie)ouder(s), uw (adoptie)kind(eren), de (adoptie)ouder(s) van uw partner, de (adoptie)kind(eren) van uw partner, de partner van uw (adoptie) kinderen (schoonzoon of schoondochter), grootouders, kleinkinderen, broers, zussen van uzelf of uw partner. Met partner wordt hier uitsluitend bedoeld echtgeno(o)t(e) of geregistreerde partner.

Formele zorgverlener

- a. Een organisatie of zelfstandige zonder personeel (ZZP'er), niet zijnde uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent en als zodanig met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88 staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel. En die een AGB-code heeft uit de categorieën 41 (zzp'er wijkverpleging) , 42 (zorgaanbieders), 75 (thuiszorginstellingen), 91 (verpleegkundigen) of 98 (declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars). Een formele zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid, óf;
- b. Een verpleegkundige, niet zijnde uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die niet is ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel. In afwijking hiervan wordt een verpleegkundige met wie u een arbeidsovereenkomst heeft en die niet beschikt over een AGB-code aangemerkt als informele zorgverlener.

Gecontracteerde zorg

Bij gecontracteerde zorg levert en organiseert de zorgverlener de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij hebben deze zorgverlener gecontracteerd en deze declareert de zorg rechtstreeks bij ons.

Informele zorgverlener

- a. Uw partner en uw familieleden in de eerste of tweede graad of;
- b. Een andere zorgverlener die niet onder de definitie van formele zorgverlener valt of;
- c. Een verpleegkundige die valt onder b. van de definitie van formele zorgverlener, met wie u een arbeidsovereenkomst heeft en die niet beschikt over een AGB-code.

Partner

Uw echtgenoot, geregistreerd partner of andere levenspartner, ongeacht of u daarmee samenwoont en/of een gezamenlijke huishouding voert.

Pgb

Het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. U ontvangt een budget in uren per kalenderjaar, gebaseerd op het aantal toegekende uren voor verpleging en verzorging.

Toekenningsverklaring

Schriftelijke verklaring die u van ons ontvangt als wij u een pgb toekennen, uw toegekende pgb verlengen of bij wijziging van het toegekende pgb. In de toekenningsverklaring is de periode van toekenning van het pgb opgenomen en het aantal uren zorg dat u maximaal over de periode van toekenning mag declareren.

Verpleging en verzorging

De aanspraak Verpleging en verzorging zonder verblijf zoals omschreven in artikel 3.21 van de polisvoorwaarden van de basisverzekering.

Vertegenwoordiger

Uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die u op eigen kracht als uw vertegenwoordiger aanwijst en die niet aan de definitie van wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Wettelijk vertegenwoordiger

Een van de ouders voor zover deze het ouderlijk gezag heeft (voor een persoon jonger dan 18 jaar) of een door de Rechtbank vastgestelde voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zvw

Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Voorwaarden voor toegang tot het pgb

2.1 Doelgroep

U behoort tot een van de volgende doelgroepen:

- a. U bent langdurig (langer dan een jaar) aangewezen op verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 3.21 van de polisvoorwaarden van de basisverzekering;
- b. U bent aangewezen op palliatieve terminale zorg. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

2.2 Overige voorwaarden voor toegang tot het pgb

2.2.1 U dient aan alle in artikel 2.2.2 t/m 2.2.6 genoemde voorwaarden te voldoen. Mocht u hier naar ons oordeel niet aan voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb verlenen, of aanvullende eisen stellen waaraan u moet voldoen om alsnog of opnieuw in aanmerking te komen voor een pgb.

2.2.2 U heeft een geldige indicatie voor verpleging en verzorging, die op het moment van ontvangst van uw pgb-aanvraag niet ouder is dan drie maanden. Voor deze indicatie geldt het volgende:

- a. er moet sprake zijn van een onafhankelijke indicatiestelling door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige of een verpleegkundig specialist. 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). De indicatiesteller 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. De indicatiestelling moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. De indicatie moet in uw eigen omgeving en in uw aanwezigheid zijn gesteld. Voor medische kindzorg geldt dat de indicatie is gesteld in aanwezigheid van zowel het kind als (een van) de ouders of een andere wettelijke vertegenwoordiger. Wij accepteren geen indicaties die zijn gesteld door uw partner, door uw (wettelijke) vertegenwoordiger, door een familielid in de eerste of tweede graad of door een natuurlijke persoon die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren en die niet werkzaam is voor een door ons voor verpleging en verzorging gecontracteerde zorgaanbieder. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij in dit artikel stellen, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen;
- b. als u naast uw pgb ook gebruikmaakt van verpleging en verzorging door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg rechtstreeks bij ons declareert, mag de indicatie voor uw totale zorgbehoefte slechts door één zorgaanbieder zijn gesteld. U heeft dan één indicatie voor uw totale behoefte aan verpleging en verzorging.

2.2.3 U bent in staat met het pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.

2.2.4 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op nakoming van de afgesloten contracten. In onder meer de volgende situaties beoordelen wij of u aan deze voorwaarde voldoet:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zvw of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend pgb op grond van de Zvw, Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;

- d. u heeft surséance van betaling aangevraagd;
 - e. u heeft een betalingsachterstand in de premie van meer dan vier maanden.
- 2.2.5 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger de door u gecontracteerde zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
- 2.2.6 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

Artikel 3 Wanneer kennen wij een pgb niet toe (weigeringsgronden)

- 3.1 Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen en de voorwaarden van uw basisverzekering, kennen wij u geen pgb toe als een van de volgende situaties van toepassing is:
- 3.1.1 u wilt alleen maar zorg of andere diensten inkopen bij zorgaanbieders die met ons een contract hebben gesloten voor het leveren van deze zorg of diensten;
 - 3.1.2 u verleent geen of onvoldoende medewerking aan een door ons georganiseerd 'Bewust Keuzegesprek' of aan een huisbezoek;
 - 3.1.3 u bent bij de eerdere verstrekking van een pgb op grond van de Zvw niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - 3.1.4 de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen is op u, of, als u jonger dan achttien jaar bent, op één van uw ouders of voogden, van toepassing verklaard, of er is daartoe een verzoek bij de Rechtbank ingediend;
 - 3.1.5 u bent failliet verklaard, of, als u jonger dan achttien jaar bent, één van uw ouders of voogden;
 - 3.1.6 u schakelt een vertegenwoordiger in die niet voldoet aan de definitie van (wettelijk) vertegenwoordiger zoals opgenomen in artikel 1;
 - 3.1.7 u wilt met uw pgb uitsluitend zorg inkopen bij uw wettelijke vertegenwoordiger die niet uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad is;
 - 3.1.8 wij constateren dat uw indicatie niet (meer) passend is bij uw zorgvraag.
 - 3.1.9 u heeft volgens de basisregistratie personen geen woonadres;
 - 3.1.10 uw vrijheid is u rehtens (op grond van wet- en regelgeving) ontnomen;
 - 3.1.11 u ontvangt verpleging en verzorging van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en wilt daarnaast een pgb voor een deel van de geïndiceerde zorg.
- 3.2 Als u een (wettelijke) vertegenwoordiger inschakelt kunnen wij u een pgb weigeren als wij een gegronde reden hebben om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
- a. tegen betaling uw pgb beheert;
 - b. bij een eerder pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - c. volgens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - d. zijn vrijheid is ontnomen;
 - e. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, of een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;
 - f. failliet is verklaard, of;
 - g. op een andere wijze onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen.

Artikel 4 Hoe kunt u een pgb aanvragen

- 4.1 Als u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2, komt u in aanmerking voor een pgb. U kunt een pgb aanvragen door middel van het indienen van het pgb-aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: het deel voor de verpleegkundige (deel 1) en het deel voor de verzekerde (deel 2). De formulieren voor het aanvragen van een pgb vindt u op onze website. Op uw verzoek kunnen wij u deze ook toesturen.
- 4.2 Het verpleegkundig deel moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. In dit deel van het aanvraagformulier vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.
- 4.3 In het verzekerde deel geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en/of verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt maken en voor hoeveel uren. Ook kunt u hierin aangeven hoeveel uren u zelf inkoopt met uw pgb en hoeveel uren u gebruik wilt maken van door ons gecontracteerde zorg.
- 4.4 Het aanvraagformulier bestaande uit deel 1 en 2 moet u in zijn geheel volledig ingevuld en ondertekend naar ons opsturen. Daarnaast kunnen wij u in het kader van het beoordelen van uw aanvraag uitnodigen voor een zogenoemd 'Bewust Keuzegesprek'. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb-aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren over wat de keuze voor u betekent. Dit gesprek kan ook telefonisch plaatsvinden. Vervolgens beoordeelt De Friesland de aanvraag voor het pgb op basis van alle delen van het aanvraagformulier en het 'Bewust Keuzegesprek'.

4.5 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, kunnen wij uw aanvraag niet beoordelen.

4.6 U bent verplicht desgevraagd nadere informatie te verstrekken, of uw verpleegkundige of huisarts te machtigen nadere (medische) informatie te verstrekken aan de medisch of verpleegkundig adviseur van De Friesland, als deze informatie nodig is voor de beoordeling van uw pgb-aanvraag.

4.7 Als er sprake is van voorbehouden handelingen door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgt dat deze zorgverlener altijd voldoende instructie heeft gekregen om deze handelingen (volgens de Wet BIG) uit te kunnen voeren. Bij risicovolle handelingen moet u met een verklaring kunnen aantonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De aard, omvang en inhoud van de zorg worden uitgewerkt in het zorgplan.

4.8 Als u op palliatieve terminale zorg bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

4.9 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd gedurende de periode van toekenning en u een nieuwe indicatie heeft ontvangen, moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals bedoeld in de artikelen 4.1 t/m 4.8. Bij een gewijzigde zorgvraag kunt u zelf contact opnemen met een verpleegkundige voor een nieuwe indicatie. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld kan ook minstens een keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgvraag.

4.10 Wij informeren u schriftelijk of per mail over onze beslissing uw aanvraag voor een pgb al dan niet toe te kennen. Op deze beslissing is de geschillenregeling van toepassing zoals genoemd in artikel 2.12 van uw basisverzekering. Tijdens de looptijd van de afhandeling van het geschil zorgen wij ervoor, eventueel in overleg met u, dat u de benodigde zorg ontvangt.

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 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw pgb alleen behouden door opnieuw een pgb aan te vragen. U moet dan een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4. Uw nieuwe pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij uw volledig ingevulde aanvraagformulier hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.

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 pgb 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 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb gaan wij uit van de uren verpleging en/of verzor-

ging 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. De geïndiceerde zorg is doelmatig wanneer deze past bij uw zorgbehoefte. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. Ook kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen bij een andere verpleegkundige. De verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt dan met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (interview). Na dit overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan.

5.13 Wanneer de indicatie niet voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging zoals de beroepsgroep die heeft opgesteld, dan vragen wij u om een nieuwe indicatie aan te vragen.

5.14 Wij kennen geen pgb toe voor zorg die naar algemeen aanvaarde opvattingen, en rekening houdend met de belasting en hun belastbaarheid, in uw zorgsituatie in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten. Tot uw huisgenoten rekenen wij uw partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning deelt.

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

6.1.5 U mag geen zorg declareren over de periode van opname zoals bedoeld in artikel 8.2.1 onder e.

6.1.6 Met het indienen van de nota's verklaart u dat deze juist zijn en overeenkomen met de geleverde uren zorg. U dient de nota's dus vooraf goed te controleren. De Friesland mag controles uitvoeren om vast te stellen dat de zorg die u heeft gedeclareerd ook daadwerkelijk is geleverd door de door u gecontracteerde zorgverlener. Ook kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen.

6.1.7 Een formele zorgverlener is verplicht een AGB-code te hebben. Deze AGB-code moet u vermelden op de declaratie. Als geen AGB-code op de declaratie is vermeld, kunnen wij deze niet betalen.

6.1.8 Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.

6.1.9 U mag alleen zorg declareren in uren en minuten, afgerond op 5 minuten. De zorg moet werkelijk zijn verleend en in overeenstemming zijn met de indicatiestelling, de pgb-aanvraag en de toekenningsverklaring. U mag daarom niet een vast maandloon declareren. Hiervoor geldt een uitzondering. Als u op 31 december 2016 al een vast maandloon met uw zorgverlener had afgesproken en de loonadministratie op deze datum door de SVB werd uitgevoerd, mag u dit in 2021 nog steeds declareren.

6.1.10 Wij vragen u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg is verleend bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw budget.

6.2 Vergoeding

6.2.1 Vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele en informele zorgverleners hanteren wij verschillende tarieven voor vergoeding.

a. Voor informele zorgverleners geldt een uurtarief van maximaal € 23,52 voor zowel persoonlijke verzorging als verpleging.

b. Voor formele zorgverleners vergoeden wij maximaal de volgende tarieven:

- persoonlijke verzorging pgb € 37,80 per uur;
- verpleging pgb € 57,00 per uur.

U mag met uw zorgverlener ook hogere tarieven afspreken. Het meerdere boven ons maximumtarief blijft dan voor uw eigen rekening.

6.2.2 De Friesland vergoedt alleen de werkelijk verleende uren verpleging en verzorging, tot maximaal het toegekende aantal uren pgb.

6.2.3 Wij vergoeden alleen zorg die is geleverd binnen de looptijd van het pgb.

6.2.4 Wij vergoeden over de periode van toekenning nooit meer dan het bedrag dat overeenkomt met de geïndiceerde uren verpleging en persoonlijke verzorging vermenigvuldigd met het daarbij horende tarief zoals opgenomen in artikel 6.2.1 onder b.

6.2.5 Gedeclareerde bedragen waarvan achteraf blijkt dat wij deze ten onrechte aan u hebben vergoed,

vorderen wij terug.

6.2.6 In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel 2.8.4 onder f. dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw pgb-declaraties. Daarnaast is in artikel 2.9 onder n. opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw pgb-declaraties.

6.3 Wat vergoeden wij niet

6.3.1 Wij vergoeden geen kosten bovenop de tarieven zoals genoemd in artikel 6.2.1, zoals bijvoorbeeld reiskosten, hulpmiddelen, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.

6.3.2 Wij vergoeden niet de gedeclareerde uren als deze in strijd zijn met artikel 7.2.

6.3.3 Wij vergoeden geen zorg verleend door uw (wettelijk) vertegenwoordiger, met uitzondering van zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad.

6.3.4 Als u meer uren zorg declareert dan het over de toekenningperiode toegekende aantal uren pgb, vergoeden wij deze meerdere uren niet.

6.3.5 U bent zelf verantwoordelijk voor het uitbetalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het pgb worden betaald.

6.3.6 Wij vergoeden geen zorg die naar algemeen aanvaarde opvattingen, en rekening houdend met de belasting en hun belastbaarheid, in uw zorgsituatie in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten. Tot uw huisgenoten rekenen wij uw partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning deelt.

6.3.7 De volgende kosten vallen buiten het pgb:

- a. indicatiestelling;
 - b. evaluatie van de behoefte aan zorg;
 - c. casemanagement;
 - d. verpleegkundige dagopvang en verblijf;
 - e. zorg verleend door een zorgverlener die werkzaam is voor een door De Friesland voor verpleging en verzorging gecontracteerde instelling.
- Wij vergoeden de zorg genoemd onder a. t/m e. op reguliere wijze (in natura of op basis van restitutie) vanuit uw basisverzekering.

Artikel 7 Overige verantwoordelijkheden en verplichtingen

7.1 Als u ervoor kiest om zorg in te kopen via een pgb, betekent dit dat u zelf overeenkomsten moet sluiten met zorgaanbieders. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. Dit geldt niet alleen voor formele zorgverleners, maar ook voor informele zorgverleners. Een voorbeeldovereenkomst vindt u op de website van de Sociale Verzekeringsbank (SVB), svb.nl/pgb.

Een overeenkomst moet minimaal de volgende informatie bevatten:

- gegevens van de budgethouder (en wettelijke vertegenwoordiger indien aanwezig);
- gegevens van de zorgverlener/zorginstelling;
- wat de relatie is tussen u en de zorgverlener;
- ingangsdatum van de overeenkomst;
- geldigheidsduur van de overeenkomst (bepaalde tijd/onbepaalde tijd);
- een omschrijving van de werkzaamheden van de zorgverlener;
- de gemaakte werkafspraken (variabel of vast aantal uren per week);
- de hoogte van de vergoeding/het tarief;
- ondertekening door zowel de budgethouder/wettelijk vertegenwoordiger als de zorgverlener/zorginstelling.

7.2 U dient erop toe te zien dat de door u ingekochte partner en familieleden in de eerste of tweede graad op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, in totaal niet meer dan veertig uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Dit maximumaantal uren per week geldt ook als aan meerdere personen zorg wordt verleend. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

7.3 U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de door u ingekochte zorg.

7.4 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw pgb in overeenstemming is met de toekenning. Wij adviseren u de toegekende uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw pgb.

7.5 U bent verplicht een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb voor minimaal vijf jaar te bewaren. Dit dossier bevat ten minste: het volledige aanvraagformulier pgb (alle delen en bijlagen), zorgovereenkomsten met zorgverleners, uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten, facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, tijdseenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat, betalingsbewijzen (bijv. bewijzen van bankbetalingen of loonstaten van de SVB), kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van de bij De Friesland ingediende declaraties, . Ook als de SVB uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.

7.6 U bent verplicht ons op ons verzoek gegevens uit het dossier bedoeld in artikel 7.5 te overhandigen.

7.7 Als uw huidige indicatie verloopt, bent u zelf verantwoordelijk voor het tijdig bij uw verpleegkundige

aanvragen van een nieuwe indicatie. Met tijdig bedoelen wij dat u voldoende tijd heeft om de overeenkomsten met uw zorgverleners aan te passen, als de indicatie wijzigt.

7.8 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt en uw huidige indicatie nog niet is verlopen, moet u meteen een nieuwe indicatie aanvragen bij uw verpleegkundige. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als om een verbetering van uw gezondheidssituatie.

7.9 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode een of meer buitenlandse zorgaanbieders inkopen met uw pgb, dan moet u dit schriftelijk vooraf bij ons melden.

7.10 U bent verplicht de volgende wijzigingen meteen aan ons door te geven:

- a. U voldoet niet meer aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;
- b. U heeft een gewijzigde indicatie ontvangen. In dat geval bent u ook verplicht een volledige nieuwe aanvraag in te dienen zoals bedoeld in artikel 4;
- c. U heeft een indicatie voor de Wlz ontvangen;
- d. U besluit gedurende de looptijd van het pgb voor een deel van uw huidige indicatie gebruik te maken van zorg in natura of via restitutie door een door ons gecontracteerde of niet gecontracteerde zorgaanbieder;
- e. U heeft voor verpleging en verzorging een combinatie van pgb en zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en pgb en de verhouding tussen het aantal uren gecontracteerde zorg en pgb wijzigt.
- f. U ontvangt nog uitsluitend verpleging en verzorging van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);
- g. U krijgt gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger of u krijgt voor het eerst een (wettelijke) vertegenwoordiger;
- h. U heeft gedurende de looptijd van het pgb geen (wettelijke) vertegenwoordiger meer.

7.11 Als er sprake is van een van de situaties genoemd in artikel 7.10 onder a. of c. t/m h., kunt u dit aan ons doorgeven door middel van het toesturen van het wijzigingsformulier dat u op onze website vindt. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen.

7.12 U bent verplicht minstens eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, ontvangt u een nieuwe indicatie en moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals bedoeld in de artikelen 4.1 t/m 4.4.

7.13 Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur, kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

7.14 U bent verplicht mee te werken aan een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn.

Artikel 8 Herziening, intrekking en beëindiging

8.1 Gronden voor herziening of intrekking

8.1.1 Wij kunnen uw pgb herzien of intrekken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning in een van de volgende situaties:

- a. u heeft onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens zou tot een andere beslissing hebben geleid;
- b. u kunt onvoldoende aannemelijk maken dat met het pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
- c. u stelt de door ons gevraagde informatie niet of niet tijdig ter beschikking;
- d. u werkt niet of onvoldoende mee aan een dossieronderzoek;
- e. wij constateren bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en regelgeving;
- f. wij constateren dat u naast uw pgb verpleging en verzorging van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt en u heeft dit niet aan ons gemeld;
- g. u heeft zich niet gehouden aan de verplichtingen zoals opgenomen in dit reglement;
- h. u voldoet aan een van de weigeringsgronden zoals genoemd in artikel 3.

8.2 Wanneer eindigt uw pgb

8.2.1 Uw pgb eindigt automatisch per de datum waarop:

- a. uw indicatie voor verpleging en verzorging waarop de toekenning is gebaseerd eindigt;
- b. de periode waarover het pgb is toegekend afloopt;
- c. u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot het pgb zoals genoemd in artikel 2;
- d. u ons verzoekt het pgb te beëindigen;
- e. u langer dan zestig dagen verblijft in een instelling in verband met zorg die ten laste komt van uw basisverzekering;
- f. u uitsluitend verpleging en verzorging ontvangt van (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s);
- g. u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger krijgt of voor het eerst een (wettelijke) vertegenwoordiger krijgt en u met deze (wettelijke) vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat bent de taken en verplichtingen die aan het pgb verbonden zijn op verantwoorde

wijze uit te voeren;

h. u gedurende de looptijd van het pgb geen (wettelijke) vertegenwoordiger meer heeft en u naar ons oordeel niet zelf in staat bent de taken en verplichtingen die aan het PGB verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren;

i. u een indicatie heeft voor zorg op grond van de Wlz;

j. een van de situaties genoemd in artikel 3.1.4 tot en met 3.1.10 van toepassing is.

8.2.2 Als uw pgb is geëindigd omdat de situatie beschreven onder artikel 8.2.1 onder e. van toepassing was, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen. U moet dit binnen vier weken na de datum van het ontslag uit de instelling telefonisch, per e-mail of schriftelijk aan ons doorgeven. Als u dit schriftelijk door wilt geven kunt u gebruikmaken van het wijzigingsformulier dat u op onze website vindt. Op uw verzoek kunnen wij u dit ook toesturen. Als de aard, omvang en/of duur van uw zorgvraag na de opname is gewijzigd, moet u een nieuwe indicatiestelling aanvragen bij de verpleegkundige. In dat geval vragen wij u wel een volledige nieuwe aanvraag in te dienen.

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.