



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10, 2.15a t/m 2.15 c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 6:238 BW

Zaaknummer : 202100310

Zittingsdatum : 1 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. A.I.M. van Mierlo)

---

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 februari 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 april 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 april 2021 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 18 mei 2021 heeft verzoeker per brief gereageerd. Een afschrift hiervan is op 20 mei 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Op 17 juni 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021019649) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 juni 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 augustus 2021 zijn standpunt per brief nader toegelicht. Een kopie hiervan is op 24 augustus 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 september 2021 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 20 september 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies gezonden. Een kopie hiervan is op 20 september 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop schriftelijk te reageren. Verzoeker heeft op 1 oktober 2021 per brief gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 oktober 2021 per brief gereageerd. Afschriften van de genoemde brieven zijn op 12 oktober 2021 aan de wederpartij gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal en AV Tand Extra (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een PGB vv verstrekt op basis van 2 uren verpleging en 11 uren persoonlijke verzorging per week voor de periode van 20 juli 2018 tot en met 19 juli 2020.

3.3. Op 30 juni 2020 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van 10 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week. In de aanvraag is vermeld dat de indicatie geldt van 20 juli 2020 tot en met 20 juli 2022.

3.4. In het zorgplan heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoeker verklaard, voor zover hier van belang:

*"(...) Toelichting:*

*Door stress en pijn vergeet dhr. medicatie op de juiste manier en tijd in te nemen.*

*Medicatietoediening*

*Ochtend*

*- Klaarleggen van de medicatie, toezien/controle op inname*

*Middag*

*- Klaarleggen van de medicatie, toezien/controle op inname*

*Avond*

*- Klaarleggen van de medicatie, toezien/controle op inname*

*Psychosociaal*

*Bekend met PTTS vanaf jeugd, angst en -stemmingsklachten, verstoorde emotie regulatie, waardoor hoge emotionele sensitiviteit (Histrionische persoonlijkheidsstoornis), depressie symptomen DSM5, verslavingsproblematiek, sociale fobie, vermindering korte termijn geheugen/concentratie.*

*Fysiologisch*

*Fibromyalgie, chronische obstipatie, blok linker nek wervel, links en rechts frozen shoulder, total hipp rechts ivm necrose, blijvende pijnklachten/trochanterpijn, jumperknee, chronische spierspanning, Enthesitus, ontsteking hechtplaats van de pezen, overprikkeling gehoor, droge en pijnlijke ogen. (...)"*

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 augustus 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 6 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 28 juni 2020 tot en met 27 juni 2022.

3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 17 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Op 14 mei 2021 heeft de indicierend wijkverpleegkundige per e-mail een aanvullende toelichting gegeven op de zorg die is geïndiceerd voor het gebruik van medicatie door verzoeker. Deze toelichting luidt:

*"(...) Hieronder mijn toevoeging:*

*1. Diagnoses komen van de arts/specialist*

*2. Er zijn diverse triggers waarop het mis kan gaan, en is er een lange historie van diagnoses, terugval en behandelingen.*

*3. De gevolgen voor inname van teveel medicijnen is niet te voorspellen, hangt helemaal af van uw mentale gesteldheid en de hoeveelheid die wordt ingenomen. Wel is duidelijk dat er geen zware benzodiazepinen (rustgevend middelen) zijn voorgeschreven op dit moment.*

*4. De Medido bied geen oplossing het gaat er juist om dat er toezicht is op inname waarbij de verantwoordelijkheid niet bij u zelf ligt, de Medido geeft alleen alarm aan wanneer het zakje er niet uitgenomen wordt. (...)"*

3.8. In het voorlopig advies van 17 juni 2021 is door het Zorginstituut vermeld:

*(...) Geneeskundige context*

*De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot het aanreiken van medicatie en toezicht houden op de inname hiervan is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Het is op basis van het zorgplan onduidelijk of sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Dat wil niet zeggen dat verzoeker deze zorg niet nodig heeft, op basis van de informatie in het dossier is echter niet duidelijk of de zorg plaatsvindt in een geneeskundige context of dat de zorg meer begeleidend van aard is.*

*Hulpmiddelen*

*Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om te beoordelen of een verzekerde gebruik kan maken van hulpmiddelen. In de e-mail d.d. 14 mei 2021 geeft de indicierend wijkverpleegkundige aan dat verzoeker geen gebruik kan maken van een hulpmiddel (medido) voor de geïndiceerde zorg met betrekking tot de medicatie.*

*Zorg door het netwerk*

*De term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Bzv, of de Regeling zorgverzekering (Rzv) bevatten geen bepalingen die expliciet vastleggen dat geen sprake is van verzekerde zorg als (delen van) die zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden verleend of overgenomen, of die regelen dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen. In die zin bevat de Zvw en aanverwante regelgeving geen grondslag op basis waarvan inzet van het netwerk juridisch afdwingbaar is. Ook artikel 2.13a van de Zvw, waarin is vastgelegd dat zorgverzekeraars in de polis de mogelijkheid voor een PGB voor wijkverpleging moet opnemen, en de daarop gebaseerde regelgeving over het PGB vv in het Bzv en de Rzv bieden geen juridische grondslag voor het stellen van voorwaarden met betrekking tot de inzet van zorg door het netwerk van de verzekerde.*

*Op grond van artikel 2.1 lid 3 van het Bzv kan een verzekerde alleen aanspraak maken op zorg, waaronder een PGB vv, indien de individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Hierbij is van belang dat, zoals hierboven aangegeven, de Zvw en daarop gebaseerde regelgeving geen grondslag biedt om zorg door het netwerk af te dwingen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan niet afhangen van de vraag of de zorg door het netwerk van de verzekerde verleend kan worden.*

*Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat een zorgverzekeraar niet de afwijsggrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde. Daarmee beperkt de verzekeraar de aanspraak op zorg op ongeoorloofde wijze. Daarbij merkt het Zorginstituut op dat moet worden uitgegaan van de professionaliteit van de beroepsgroep. De wijkverpleegkundige neemt bij de indicatiestelling altijd mee wat het netwerk nog kan doen en hoe dit krachtiger gemaakt kan worden. Dit doet zij als onderdeel van het verpleegkundig proces en staat beschreven in het normenkader van V&VN (norm 3). Dit kan echter niet worden aangemerkt als standaardberekening van zorg die in alle gevallen principieel door het netwerk verplicht geboden zou moeten worden en mag ook niet als zodanig worden gehanteerd.*

*Conclusie*

*De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot het aanreiken van medicatie en toezicht houden op de inname hiervan is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Verzoeker kan hiervoor geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. (...)"*

- 3.9. Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies van 20 september 2021 verklaard: *"(...) Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen. Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*De SKGZ vraagt het Zorginstituut te reageren op de brief van verweerder. Verweerder geeft aan dat het Zorginstituut door zijn advies de taak van de zorgverzekeraar om te controleren of de geïndiceerde zorg tot het verzekerde pakket behoort zinledig maakt. Dit is volgens het Zorginstituut niet het geval. In het voorlopig advies geeft het Zorginstituut aan dat "zorg door het netwerk" of "gebruikelijke zorg" niet is gedefinieerd in de wet- en regelgeving van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er is geen juridische grondslag aan te wijzen op basis waarvan zorg die door het netwerk wordt geleverd, moet worden uitgezonderd van de te verzekeren prestaties. Evenmin is in de wet- en regelgeving vastgelegd dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waarop de verzekerde is aangewezen. Dit betekent naar het oordeel van het Zorginstituut niet dat verweerder wordt belemmerd in zijn taak om te controleren of de geïndiceerde zorg tot de verzekerde prestatie behoort. Verweerder kan en moet nog steeds controleren of de geïndiceerde zorg valt onder "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden" als bedoeld in artikel 2.10 (hierna: wijkverpleging) Besluit Zorgverzekering (Bzv). Als de zorg behoort tot de prestatie wijkverpleging mag verweerder echter vervolgens niet concluderen dat de zorg toch niet onder die prestatie valt, omdat de zorg door het netwerk van verzoeker kan worden verleend. De wet- en regelgeving biedt geen grondslag voor een dergelijke beperking van het verzekerde pakket.*

*Verweerder geeft tevens aan dat het advies van het Zorginstituut de bevoegdheid van de zorgverzekeraar om op grond van de Zvw en het Bzv te controleren of de verzoeker redelijkerwijs op de zorg is aangewezen, zinledig maakt. Verweerder zou niet mogen toetsen of de verpleegkundige op juiste gronden de zorg die door het netwerk kan worden verleend, heeft afgebakend. Het advies van het Zorginstituut zou er volgens verweerder ook toe leiden dat het aantal geïndiceerde uren altijd zou moeten worden vergoed of dat het pakket de facto wordt uitgebreid. Verweerder geeft verder aan dat het advies van het Zorginstituut in strijd is met de jurisprudentie inzake de navolgbaarheid van de indicatiestelling. Hierover merkt het Zorginstituut het volgende op. Het advies van het Zorginstituut betekent niet dat verweerder in zijn geheel niet mag toetsen of verzoeker redelijkerwijs op de geïndiceerde zorg is aangewezen/de geïndiceerde zorg doelmatig is. Verweerder mag er bij deze toets echter niet vanuit gaan dat zorg door het netwerk een verplichtend karakter heeft. Daarvoor biedt de wet- en regelgeving geen grondslag.*

*De wijkverpleegkundige neemt bij de indicatiestelling altijd mee wat het netwerk kan doen en hoe dit krachtiger gemaakt kan worden. Dit doet zij als onderdeel van het verpleegkundig proces en staat beschreven in het normenkader van V&VN (norm 3). Als het netwerk (om niet) zorg aan een verzekerde verleent, zal de wijkverpleegkundige voor die zorg geen indicatie stellen. Wil of kan het netwerk de zorg niet leveren en wordt de indicatie gesteld, dan kan de zorgverzekeraar de verstrekking van de zorg niet weigeren op de grond dat het netwerk verplicht is de zorg aan een verzekerde te bieden. Daarmee zou hij de aanspraak op ongeoorloofde wijze beperken. Aangezien zorg door het netwerk geen verplichtend karakter heeft, ziet het Zorginstituut niet in hoe dit kan leiden tot een de facto uitbreiding van het verzekerde pakket.*

*Ook de stelling van verweerder dat het advies leidt tot dekking van zorg die niet onder het verzekerde pakket valt, kan het Zorginstituut niet volgen. Of de geïndiceerde zorg valt onder de verzekerde prestaties kan verweerder immers toetsen. De jurisprudentie inzake de navolgbaarheid van de indicatie geeft aan dat verweerder de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt dient te nemen, maar een vergoedingsverzoek mag weigeren wanneer voor haar onnavolgbaar is dat de zorg is aangewezen. Het advies van het Zorginstituut is niet in strijd met deze jurisprudentie. Zoals uit het bovenstaande blijkt, betekent het advies niet dat verweerder nimmer mag afwijken van de indicatie en alle geïndiceerde uren moet vergoeden. De wet- en regelgeving biedt verweerder echter geen grondslag om zorg te weigeren op de grond dat zorg door het netwerk moet worden verricht. (...)"*

#### 4. Geschil

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan hem met ingang van 20 juli 2020 een PGB vv moet toekennen op basis van 10 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

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 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

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

#### Standpunt verzoeker

6.2. Op 29 juni 2020 heeft verzoeker een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ingediend, omdat de geldende indicatie spoedig zou verstrijken. De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor 10 uur en 55 minuten persoonlijke verzorging per week. Zij heeft daarbij vermeld dat de nieuwe indicatie moet ingaan op 20 juli 2020, aansluitend op de toen nog geldende indicatie, die op 19 juli 2020 zou aflopen.

De ziektekostenverzekeraar heeft - in afwijking van de gestelde indicatie - een PGB vv toegekend op basis van 6 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week. Volgens de ziektekostenverzekeraar hoeft geen PGB vv te worden toegekend voor de zorg die is geïndiceerd voor het aanreiken van medicatie, omdat dit van het netwerk van verzoeker mag worden verwacht. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat ruim tijd is geïndiceerd voor hulp bij het aan- en uittrekken van kleding. Verzoeker kan zich vinden in laatstgenoemd oordeel, maar is van mening dat ten onrechte geen PGB vv is toegekend voor het aanreiken van medicatie. In dit verband wijst verzoeker erop dat uit recente jurisprudentie van de Rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBCEL:2020:6203) en van de commissie (GcZ, 3 december 2020, SKGZ202000897) blijkt dat de gestelde indicatie als uitgangspunt moet worden genomen bij de beoordeling van de aanspraak op het PGB vv en dat het primair aan de indicerende wijkverpleegkundige is te beoordelen welke inzet van het netwerk mag worden verwacht.

Bij onduidelijkheden hierover staat het de ziektekostenverzekeraar vrij contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige. Dit heeft hij echter niet gedaan. In dat geval is het de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan zijn oordeel boven dat van de indicierend wijkverpleegkundige te stellen.

De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast als ingangsdatum voor het PGB vv de datum waarop de herindicatie is gesteld gehanteerd, in plaats van de datum waarop deze indicatie ingaat. Volgens verzoeker is dit niet terecht. In artikel 5.3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' staat dat de ingangsdatum van het PGB vv bij een herindicatie, de datum van ingang van de geldende herindicatie is. In dit geval is dat 20 juli 2020. Waarom de ingangsdatum zou moeten worden gesteld op de datum waarop de wijkverpleegkundige de gewijzigde zorgvraag heeft vastgesteld, is niet duidelijk en volgt ook niet uit het reglement.

Daarbij tekent verzoeker aan dat de polisvoorwaarden en het reglement als algemene voorwaarden moeten worden aangemerkt. Op grond van de contra-proferentemregel dient bij twijfel over de betekenis van een beding, de voor de wederpartij van de opsteller van het beding meest gunstige uitleg te worden gevolgd. In dit geval dient dus te worden uitgegaan van de voor verzoeker meest gunstige uitleg van artikel 5.3 van het reglement. Overigens zou een andere uitleg leiden tot een onaanvaardbare situatie, omdat verzoeker pas op 15 augustus 2020 door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd dat het PGB vv met terugwerkende kracht werd verlaagd en de benodigde zorg toen reeds was ingekocht. Hij kon dan ook geen rekening houden met een eventuele verlaging vóór 15 augustus 2020.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige de geneeskundige context van het klaarzetten en aanreiken van medicatie onvoldoende heeft onderbouwd. Daarnaast is niet duidelijk waarom verzoeker de medicatie niet zelf kan klaarzetten of innemen, eventueel met het gebruik van hulpmiddelen. Verder is onvoldoende onderbouwd waarom het netwerk van verzoeker niet in deze zorgvraag kan voorzien. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van oordeel dat niet is gebleken dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg, zodat hiervoor geen PGB vv hoeft te worden toegekend. Volgens de ziektekostenverzekeraar komt het Zorginstituut ten onrechte tot de conclusie dat hij hiermee op de stoel van de wijkverpleegkundige gaat zitten. Het is immers aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of aanspraak bestaat op een bepaalde vorm van zorg, waarbij ook moet worden bezien of een verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen (art. 2.1, derde lid, Bzv) en of de geïndiceerde zorg doelmatig is. Indien de indicierend wijkverpleegkundige onnavolgbaar vaststelt dat een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg, staat het de ziektekostenverzekeraar dan ook vrij van de indicatie af te wijken. In dit verband wijst de ziektekostenverzekeraar op de wetsgeschiedenis en de toepasselijke jurisprudentie (Rechtbank Zeeland-West-Brabant 4 januari 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:12, Rechtbank Gelderland 8 juli 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:4279, Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 17 december 2019, ECLI:NL:GHARL:2019:10906, Gerechtshof B, 27 oktober 2020, ECLI:NL:GHAMS:2020:2896, Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 28 juli 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:6017).
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de ingangsdatum van het PGB vv gelijk is aan de datum waarop de indicierend wijkverpleegkundige een wijziging in de zorgvraag van een verzekerde heeft vastgesteld. Dit is opgenomen in artikel 5.3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging'. In geval van verzoeker is een wijziging in zijn zorgvraag vastgesteld op 28 juni 2020 en is de ingangsdatum van het PGB vv overeenkomstig bepaald.

## Hoogte PGB vv

- 6.4. De commissie overweegt dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op verpleging en/of persoonlijke verzorging bij de indicierend wijkverpleegkundige ligt. Deze indicatie moet door de ziektekostenverzekeraar dan ook als uitgangspunt worden genomen bij de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv. Als de indicatie onduidelijkheden bevat en/of vragen oproept bij de ziektekostenverzekeraar dient deze dit op schrift en gemotiveerd aan de indicierend wijkverpleegkundige mede te delen en deze in de gelegenheid te stellen een nadere toelichting te geven en waar nodig ontbrekende informatie aan te leveren.
- 6.5. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorg ter zake het aan- en uittrekken van kleding (te) ruim werd geïndiceerd, zodat de ziektekostenverzekeraar op dit punt mocht afwijken van de gestelde indicatie.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 december 2020 aan verzoeker toegelicht waarom aan hem geen PGB vv wordt toegekend voor hulp bij het aanreiken en het innemen van medicatie, te weten: *"(...) De hulp die u van uw vrouw ontvangt bij het klaarzetten en aanreiken van de medicatie valt onder zorg die van huisgenoten verwacht kan worden. Bij zorg in natura wordt hiervoor in uw situatie ook geen wijkverpleging ingezet. Dit staat in artikel 5.14 van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging van De Friesland. (...)"*  
De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen en overweegt in dit verband het volgende.
- 6.7. In het advies van het Zorginstituut van 20 september 2021 wordt toegelicht dat de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling altijd meeneemt wat het netwerk kan doen en hoe dit krachtiger kan worden gemaakt. Dit doet de verpleegkundige als onderdeel van het verpleegkundig proces en staat beschreven in het normenkader van V&VN (norm 3). Als het netwerk (om niet) zorg aan een verzekerde verleent, zal de wijkverpleegkundige voor die zorg geen indicatie stellen. Wil of kan het netwerk de zorg niet leveren en wordt de indicatie gesteld, dan kan de ziektekostenverzekeraar de verstrekking van de zorg niet weigeren op de grond dat het netwerk verplicht is de zorg aan een verzekerde te bieden. Daarmee zou hij de aanspraak op ongeoorloofde wijze beperken. De toepasselijke regelgeving bevat namelijk geen bepalingen waaruit blijkt dat bepaalde vormen van zorg altijd door het netwerk van een verzekerde moeten worden geleverd en dat reeds om die reden geen sprake is van een verzekerde prestatie. Evenmin volgt uit de toepasselijke regelgeving dat de inzet van het netwerk een verplichtend karakter heeft en dat dit kan worden afgedwongen. Het voorgaande betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet kan besluiten een (onderdeel van) de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen, omdat hij van oordeel is dat de geïndiceerde zorg van het netwerk van een verzekerde moet worden verwacht. De commissie volgt hierin het advies van het Zorginstituut en oordeelt dat de afwijsggrond van de ziektekostenverzekeraar als vermeld in de brief van 17 december 2020 geen stand kan houden.
- 6.8. In de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij nooit in afwijking van de gestelde indicatie zou weigeren een PGB vv te verstrekken als de indicierend wijkverpleegkundige heeft vastgesteld en onderbouwd dat het netwerk de geïndiceerde zorg niet kan of wil leveren. Deze onderbouwing ontbreekt echter, waardoor de indicatie volgens de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar is, hetgeen voor hem reden is de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen.  
De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Zoals hiervoor is overwogen, is het een vast onderdeel van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige na te gaan wat het netwerk kan doen en hoe dit krachtiger kan worden gemaakt. Het enkele gegeven dat in de aanvraag of het zorgplan door de indicierend wijkverpleegkundige niet expliciet is vermeld hoe een en ander precies is nagegaan en wat hiervan de uitkomst is, betekent dan ook geenszins dat de inzet van het netwerk niet is betrokken bij de indicatiestelling.



Voor zover hierover onduidelijkheid bestond bij de ziektekostenverzekeraar had hij hierover dan ook gericht navraag moeten doen bij de indicierend wijkverpleegkundige. Hiervan is echter niet gebleken. Gelet op het voorgaande komt de commissie tot de conclusie dat geen sprake is van een zodanig gebrek in de onderbouwing dat dit leidt tot een indicatie die niet navolgbaar is, zodat dit geen reden kon zijn voor de ziektekostenverzekeraar (een deel van) de aanvraag af te wijzen.

- 6.9. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar overigens heeft aangevoerd, met name dat de geneeskundige context omtrent het aanreiken en de inname van medicatie onvoldoende is onderbouwd, kan niet leiden tot een ander oordeel.

De commissie merkt op dat in algemene zin als uitgangspunt heeft te gelden dat partijen hun standpunten – en de onderbouwing hiervan - lopende de procedure kunnen wijzigen. Onder omstandigheden kan een dergelijke wijziging in strijd met de goede procesorde zijn. Een van de gevallen waarin daarvan sprake kan zijn is de stelligheid waarmee het oorspronkelijke standpunt werd ingenomen en verdedigd. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar ter onderbouwing van zijn standpunt over de geneeskundige context uitsluitend en bij herhaling verwezen naar de inzet van het netwerk van verzoeker en de inzet van hulpmiddelen. Zoals hiervoor is overwogen, kan dat eerste in deze situatie geen reden zijn voor afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv. Ten aanzien van de inzet van hulpmiddelen heeft de indicierend wijkverpleegkundige op 14 mei 2021 per e-mail verklaard dat het door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde hulpmiddel in de situatie van verzoeker geen oplossing biedt. Voor zover deze verklaring voor de ziektekostenverzekeraar onvoldoende duidelijk was, had het op diens weg gelegen hierover contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige. Niet is gebleken dat dit is gebeurd. Om die reden kan deze afwijgrond geen stand houden.

De commissie merkt voorts op dat het Zorginstituut op andere dan de hiervoor genoemde gronden tot de conclusie is gekomen dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd en dat wellicht eerder sprake is van begeleiding. De commissie ziet thans geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid te stellen zijn eerdere standpunt te corrigeren en dit in overeenstemming te brengen met het advies van het Zorginstituut van 17 juni 2021. Hierbij wordt verwezen naar het arrest van de Hoge Raad inzake OHRA/Gollio (3 februari 1989, ECLI:NL:HR:1989:AB8306). Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker - overeenkomstig de gestelde indicatie – een PGB vv toe te kennen voor de zorg omtrent het aanreiken en de inname van medicatie.

### **Ingangsdatum PGB vv**

- 6.10. In artikel 5.3 van het reglement is bepaald dat bij een herindicatie - zoals hier aan de orde - de ingangsdatum van het PGB vv de datum van ingang van de geldende herindicatie is, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
- a. op grond van de voorgaande indicatie was aan de verzekerde een pgb toegekend;
  - b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
  - c. de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.

Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag op welke wijze 'de datum van ingang van de geldende herindicatie' moet worden gelezen. Verzoeker is van mening dat hiermee wordt bedoeld op de datum waarop de nieuwe indicatie ingaat, zodat de ingangsdatum - eventueel met toepassing van de zogenoemde contra-proferentemregel - op 20 juli 2020 zou moeten worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hiermee wordt bedoeld op de datum waarop de nieuwe indicatie is gesteld, zodat de ingangsdatum op 29 juni 2020 moet worden bepaald.

- 6.11. De commissie overweegt dat verzoeker op grond van artikel 2.7.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.1 van het reglement slechts aanspraak heeft op verpleging en/of persoonlijke verzorging, voor zover hij hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Uit de aanvraag voor het PGB vv blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige op 29 juni 2020 een nieuwe indicatie heeft gesteld waarbij is gebleken van een gewijzigde zorgbehoefte, omdat verzoeker geen klysmas meer nodig had en omdat hij meer zelfredzaam was geworden. Zonder nadere toelichting, die ontbreekt, is niet te begrijpen waarom de wijkverpleegkundige niettemin als ingangsdatum van het PGB vervolgens 20 juli 2020 heeft ingevuld. De op 29 juni 2020 gestelde indicatie begrijpt de commissie aldus dat verzoeker naar het oordeel van de indicierend wijkverpleegkundige in ieder geval vanaf 29 juni 2020 redelijkerwijs niet langer was aangewezen op de aanvankelijk geïndiceerde 2 uren verpleging en 11 uren persoonlijke verzorging per week. Overigens volgt uit artikel 7.8 van het reglement dat verzoeker - tussentijds - een nieuwe indicatie moet laten stellen op het moment dat de aard, omvang of duur van de zorgvraag wijzigt. Dit laatste is in ieder geval op 29 juni 2020 geconstateerd. De ingangsdatum van het PGB vv mocht daarom door de ziektekostenverzekeraar worden vastgesteld op 29 juni 2020.

- 6.12. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat de redactie van artikel 5.3 van het reglement onvoldoende duidelijk is, treft geen doel. Voor zover hiervan al sprake is - hetgeen overigens niet vast staat - kan de uitkomst van het beroep op de contra-proferentemregel (art. 6:238, tweede lid, BW) nimmer zijn dat in afwijking van artikel 2.1, derde lid, Bzv aanspraak bestaat op vergoeding van zorgkosten die niet (meer) onder de dekking van de zorgverzekering vallen en ook niet langer (hoeven te) worden gemaakt. Verzoeker kan immers als budgethouder die geacht wordt het PGB vv te kunnen beheren niet verantwoordelijk te zijn dat hij zijn zorgverlener vanuit het PGB vv is blijven betalen voor zorg die feitelijk niet meer werd geleverd, zoals bijvoorbeeld voor zorg omtrent de klysmas.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.13. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het PGB vv, zodat deze verzekering verder onbesproken kan blijven.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker met ingang van 29 juni 2020 een PGB vv toe te kennen op basis van 9 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet voldoen;
  - (iii) hetgeen meer of anders is gevorderd wordt afgewezen.

Zeist, 8 november 2021,

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 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.

### 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.

### **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 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;

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 Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek aanwezig zijn van de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet u aantonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Voor gespecialiseerde verpleging bent u in het bezit van een uitvoeringsverzoek van een medisch specialist. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. 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, eindigt het al toegekende pgb per de datum van ingang van de herindicatie en moet u opnieuw een volledige aanvraag indienen zoals bedoeld in de artikelen 4.1 t/m 4.9. 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 In afwijking van artikel 5.2 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

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

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

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

5.6 Het pgb wordt per kalenderjaar berekend.

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

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

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

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

5.11 Wij kennen u een pgb toe voor maximaal twee jaar. De datum waarop de toekenning afloopt is vermeld op uw toekenningsverklaring. Als u na deze datum nog steeds een pgb wilt ontvangen, moet u



een nieuwe indicatie aanvragen en moet u een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4.

5.12 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb gaan wij uit van de uren verpleging en/of verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u hiervoor geen pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. 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 om een herbeoordeling van de indicatie vragen. De verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt dan met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (intervisie). 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](http://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 2020 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](http://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 gestelde indicatie. Wij adviseren u de geïndiceerde 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, 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 controledoelinden. 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);

## 2.7 Dekking

### 2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en -bij het ontbreken van een zodanige maatstaf- door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

#### **Voorwaardelijk toegelaten zorg**

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 juli 2022 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- b. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- c. tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- d. tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;
- e. tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

- f. tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;
- g. tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- h. tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°.

Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:

1°. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en

2°. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als:

- u behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

## 2.7.2 Naturaverzekering

De Alles Verzorgd Polis en de Zelf Bewust Polis gaan uit van aanspraak op zorg (in natura). Zorg in natura betekent dat u recht heeft op zorg.

## 2.7.3 Gecontracteerde zorgaanbieders

De Friesland maakt afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit, toegankelijkheid en toegangstijden en de rekening gaat rechtstreeks naar De Friesland. Als u gebruikmaakt van de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder, dan betaalt De Friesland 100% van de kosten. Er kan voor sommige vormen van zorg wel een eigen risico en/of een eigen bijdrage gelden.

<p><b>Tip:</b> Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website onder Zorgwijzer bij 'Zorgzoeker'.</p>
--

Voor enkele gecontracteerde zorgaanbieders geldt een omzetplafond. Dit betekent dat wij met deze zorgverleners een maximumbedrag hebben afgesproken dat in een kalenderjaar gedeclareerd mag worden. Als dit maximumbedrag is bereikt en de zorg nog niet is gestart, kan het voorkomen dat u niet meteen bij de gecontracteerde zorgaanbieder van uw keuze terecht kunt. In dat geval kunt u ervoor kiezen om op de wachtlijst van de betreffende zorg-

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./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.