

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ
Groep U.A. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), stabiele
zorgvraag, zelfredzaamheid, zorg van het netwerk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en
2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv

Zaaknummer : 202200882

Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 30 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij e-mailberichten van 31 augustus 2022 en 4 september 2022 heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie nader toegelicht en aanvullende informatie toegestuurd. Op 5 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 14 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 15 november 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022042415) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een e-mail van de wijkverpleegkundige over te leggen, hetgeen hij bij brief van 9 februari 2023 heeft gedaan. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2023 met de mogelijkheid de wijkverpleegkundige hierop voor 1 maart 2023 te laten reageren. Verzoekster heeft op deze termijn uitstel gevraagd en gekregen tot 14 maart 2023. Bij e-mailbericht van 8 maart 2023 heeft verzoekster aan de commissie meegedeeld dat de wijkverpleegkundige niet op het nagekomen stuk wenst te reageren. Een afschrift van dit e-mailbericht is op dezelfde dag ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 8 maart 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 november 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 9 maart 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Aanvullend, OHRA Tandengaat 250 en OHRA Gezond (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 15 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging en 5 uren en 50 minuten Verpleging per week. Uit het zorgplan, dat deel uitmaakt van de aanvraag, blijkt dat deze indicatie geldig is van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2023.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 februari 2022 telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige over de indicatie die ten behoeve van verzoekster is gesteld. Een samenvatting hiervan is op dezelfde dag - 1 februari 2022 - per e-mail aan de indicierend wijkverpleegkundige gestuurd, met de volgende inhoud:

"(...)

*Beste wijkverpleegkundige,
Zoiest heb ik u telefonisch gesproken over de indicatie van [verzoekster, klantnummer]. Daarin heb ik aangegeven wat de reden is dat de vorige aanvraag is afgewezen. Bij de vorige indicatie heeft er een huisbezoek plaatsgevonden en is geconstateerd dat er niet aan de zelfredzaamheid wordt gewerkt. Daarnaast is er geen stabiele zorgvraag van minimaal 1 jaar, hiermee voldoet het niet aan de voorwaarden voor een pgb en zou zorg vanuit Zorg in Natura passender zijn. U gaf aan dat u niet op de hoogte was dat de vorige indicatie is afgewezen voordat u een nieuwe indicatie ging stellen. U gaf aan zich te vinden in het afwijzen van deze aanvraag met daarin een verwijzing naar zorg vanuit Zorg in Natura. Graag ontvangen [wij] uw bevestiging dat bovenstaande een correcte weergave is van ons telefonisch contact. Zodra wij uw bevestiging hebben ontvangen zullen wij het dossier verder in behandeling nemen.*

Eveneens op 1 februari 2022 heeft de indicierend wijkverpleegkundige hierop bij e-mailbericht gereageerd, met daarin onder meer:

"(...)

Akkoord met de samenvatting

*Met vriendelijke groeten,
[naam]
Wijkverpleegkundige (...)"*

- 3.4. Bij brief van 1 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen. Verder wordt hierin vermeld dat op basis van de gestelde indicatie wél wijkverpleegkundige zorg in natura wordt vergoed en dat verzoekster hiervoor contact kan opnemen met een thuiszorginstelling.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 6 april 2022 en 4 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 15 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3.7. Bij brief van 9 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen op basis van 15 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging en 5 uren en 50 minuten Verpleging per week voor de periode van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2023.

4.2. Verzoekster heeft verklaard dat zij chronisch ziek is, en om die reden is aangewezen op Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Sinds 2020 heeft zij hiervoor een PGB vv ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is het er niet mee eens dat zij in 2022 plots geen PGB vv meer krijgt. Haar zorgvraag is stabiel, hetgeen blijkt uit de aanvraag en de onderbouwing van de indicatie door de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige staat ook nog steeds achter haar indicatie en meent dat verzoekster op basis hiervan aanspraak heeft op een PGB vv.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij met een PGB vv juist wel zelfredzaam is. De ziektekostenverzekeraar heeft geen bewijs geleverd dat zij meer zelfredzaam kan zijn. In voorgaande jaren is de ziektekostenverzekeraar wel akkoord gegaan met een PGB vv. De artsen van verzoekster hebben haar geadviseerd om een PGB vv aan te vragen. Verzoekster heeft mentaal geaccepteerd dat zij niet meer gezond is. Ze heeft lange sessies bij SEIN gehad. Verzoekster merkt op dat zij volgens de ziektekostenverzekeraar naar een psycholoog moet en dat zij het moet accepteren dat haar leven veranderd is. Dat heeft zij al gedaan. Zorg in natura werkt voor haar niet. Zij kan in de nacht een hypo krijgen, in haar broek plassen na een epileptische aanval en dan kan zij niet zomaar iemand bellen. Haar man kan dan helpen. Verzoekster heeft ook drie kinderen en heeft daarom liever geen andere mensen over de vloer.

4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor het PGB vv terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat ten tijde van de behandeling van de aanvraag voor een PGB vv in 2020 telefonisch contact heeft plaatsgevonden met verzoekster. Hieruit heeft de ziektekostenverzekeraar toen afgeleid dat onvoldoende werd toegewerkt naar zelfredzaamheid en dat sprake was van een instabiele zorgvraag, omdat deze sterk werd beïnvloed door psychische problematiek. Om die reden is de aanvraag voor een PGB vv bij brief van 25 juni 2020 afgewezen. Verzoekster is opgekomen tegen deze beslissing. Door interne omstandigheden was het niet mogelijk tijdig tot een inhoudelijke herbeoordeling te komen. Om die reden is een (voorlopig) PGB vv aan verzoekster toegekend. Daarbij is voornoemde reden vermeld en verzoekster tevens erop gewezen dat een eventuele nieuwe aanvraag wél inhoudelijk zou worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar zijn brief van 17 november 2020.

5.2. Ten behoeve van verzoekster is vervolgens een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ontvangen. Uit die aanvraag en het onderliggende zorgplan leidt de ziektekostenverzekeraar af dat opnieuw niet, dan wel onvoldoende, wordt toegewerkt naar zelfredzaamheid, terwijl dit naar zijn mening wel mogelijk is. Zo kan er gewerkt worden aan de angst om zelf insuline te injecteren en zijn er hulpmiddelen die het valgevaar kunnen verkleinen of verzoekster kunnen ondersteunen bij vermoeidheid na een insult. Het is in deze situatie dan ook niet gepast een PGB vv af te geven, maar in plaats daarvan beter om zorg in natura in te zetten. Een professionele zorgverlener kan verzoekster dan ondersteunen in het vergroten van de zelfredzaamheid. Ook kan dan beter

worden ingeschat welke zorg redelijkerwijs van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht. Het voorgaande is besproken met de indicierend wijkverpleegkundige op 1 februari 2022. Zij heeft verklaard dat zij zich kan vinden in de afwijzing van de aanvraag voor een PGB vv en dat moet worden verwezen naar de mogelijkheid de zorg in natura af te nemen. Daarmee heeft de indicierend wijkverpleegkundige haar indicatie bijgesteld, zodat er geen grond meer bestaat een PGB vv toe te kennen.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat bij wijkverpleging in de vorm van een pgb vv of zorg in natura altijd wordt gekeken naar de zelfredzaam van een persoon. Ook wordt gekeken naar mogelijke hulpmiddelen om die zelfredzaamheid te verbeteren. Volgens de indicatie die de indicierend verpleegkundige heeft gemaakt speelt de angst voor injecties en aanvallen een grote rol. Die angst beperkt verzoekster in het proberen en/of gebruiken van hulpmiddelen. In de voorprocedure heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat angst niet het probleem is. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gevraagd wat dan de problemen zijn, maar daarop heeft verzoekster geen antwoord gegeven. Er is voorgesteld een stoel in de badkamer te plaatsen. Voor de medicatie zijn oplossingen die kunnen helpen om deze in te nemen. Zo zijn er volgens de ziektekostenverzekeraar verschillende mogelijkheden om de zelfredzaamheid te verbeteren. Besproken kan worden of het mogelijk is om een combinatie van PGB vv en zorg in natura te krijgen.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 15 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:
"(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het dossier bevat de PGB vv aanvraag en het bijbehorende zorgplan. Medische informatie ontbreekt.

Niet in geschil is of er sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' of een geneeskundige context. De indicierend wijkverpleegkundige is akkoord gegaan met de afwijzing van de PGB vv aanvraag. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geïndiceerde zorg te onderbouwen in het zorgplan. Nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het afwijzen van de PGB vv aanvraag is de geïndiceerde zorg niet meer onderbouwd.

Verweerder geeft aan dat verzoekster aanspraak kan maken op zorg in natura en de indicierend wijkverpleegkundige kan zich hierin vinden. Hierbij merkt het Zorginstituut op dat eerst vastgesteld moet worden of een verzekerde aanspraak kan maken op verpleging en verzorging ten laste van de basisverzekering, ongeacht de leveringsvorm. Vervolgens dient beoordeeld te worden op welke manier de zorg geleverd kan worden, via een PGB vv of in natura.

Naar aanleiding van hetgeen verweerder aanvoert met betrekking tot zorg door het netwerk en psychische problematiek merkt het Zorginstituut in het algemeen het volgende op.

Psychiatrische zorg valt onder het begrip geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Het is daarom mogelijk dat een verzekerde op grond van een psychische aandoening aanspraak kan maken op een PGB vv. Wel moet sprake zijn van zorg, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.

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.

Conclusie

In dit geschil wordt niet toegekomen aan vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De zorg is niet meer onderbouwd nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het afwijzen van de aanvraag voor een PGB vv. Daardoor kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat verzoekster geen aanspraak kan maken op een PGB vv. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op verpleging en verzorging, en 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.
- 8.2. Niet in geschil is dat verzoekster aanspraak heeft op Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Uit de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 februari 2022 blijkt immers dat deze zorg op grond van de gestelde indicatie wordt vergoed. Het is in beginsel aan verzoekster te kiezen of zij de geïndiceerde zorg in natura wenst af te nemen bij een (gecontracteerde) thuiszorginstelling of dat zij deze zelf wenst in te kopen door middel van een PGB vv. In dat laatste geval moet tevens worden voldaan aan de aanvullende voorwaarden die zijn opgenomen in het Zvw-pgb reglement van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement).
- 8.3. In het onderhavige geval is de ziektekostenverzekeraar niet bereid aan verzoekster een PGB vv toe te kennen, omdat hij van oordeel is dat de inzet van professionele zorgverlening ertoe zal leiden dat de zelfredzaamheid van verzoekster wordt vergroot, zodat zij minder afhankelijk zal worden van zorgondersteuning. Uit het verslag van het gesprek met de indicierend wijkverpleegkundige, vastgelegd in een e-mailbericht van 1 februari 2022 aan de verpleegkundige, blijkt dat deze zich, blijkens haar instemming op diezelfde dag met dit e-mailbericht, in het oordeel van de ziektekostenverzekeraar kan vinden. De instemming kan op zichzelf echter niet tot de conclusie leiden dat verzoekster de geïndiceerde zorg ook in natura moet afnemen. Daarmee zou namelijk ten onrechte worden voorbij gegaan aan de mogelijkheid professionele zorgondersteuning in te kopen met een PGB vv. Uit de aanvraag die ten behoeve van verzoekster is ingediend, blijkt echter niet dat dit laatste haar intentie is. Verzoekster wenst immers de geïndiceerde zorg in te kopen bij een informele zorgverlener, haar partner (die al eerder zorg leverde, maar wat niet heeft geresulteerd in een vergroting van de zelfredzaamheid van verzoekster, terwijl ook niet is gebleken dat hier toen naartoe is gewerkt). Er bestaan daarom

gegronde zorginhoudelijke redenen de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen, en dit wordt onderschreven door de indicierend wijkverpleegkundige.

- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft overigens aangevoerd dat geen sprake zou zijn van een stabiele zorgvraag en dat het leveren van bepaalde zorg van het netwerk van verzoekster mag worden verwacht. Beide gronden vormen volgens de ziektekostenverzekeraar ook een gegronde reden (een deel van) de aanvraag voor een PGB vv af te wijzen. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar hierin niet.

In de eerste plaats geldt dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 1 februari 2022 heeft verklaard dat hij de geïndiceerde zorg op basis van de gestelde indicatie zal vergoeden, mits die zorg in natura wordt afgenomen door verzoekster. Hieruit blijkt dan ook geenszins dat de ziektekostenverzekeraar de gestelde indicatie niet kan volgen, of dat deze op bepaalde onderdelen niet juist zou zijn. Voor zover de ziektekostenverzekeraar een andere mening was toegedaan, had hij dit in zijn brief van 1 februari 2022 moeten verduidelijken, maar dat heeft hij niet gedaan. In de brief is wél vermeld dat verstrekking van de geïndiceerde zorg in natura ertoe zal leiden dat de indicatie ten minste twee keer per jaar wordt geëvalueerd en dat deze bij een eventuele verandering in de situatie van verzoekster zal worden gewijzigd. Niet valt in te zien waarom een en ander niet zou kunnen gebeuren als de zorg wordt ingekocht bij een professionele zorgverlener met een PGB vv. Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat een verzekerde, op grond van artikel 8.4 van het reglement, verplicht is mee te werken aan de evaluatie van de zorgbehoefte en dat een wijziging hierin ertoe leidt dat een nieuwe indicatie wordt gesteld en dat een nieuwe aanvraag moet worden ingediend. Een en ander vormt in beginsel dus geen aanleiding de aanvraag voor een PGB vv af te wijzen.

In de tweede plaats geldt dat uit de vaste jurisprudentie van de commissie volgt dat het niet aan de ziektekostenverzekeraar, maar aan de indicierend wijkverpleegkundige is, om in het kader van het stellen van de indicatie te beoordelen welke zorg door het netwerk van een verzekerde kan worden verleend. Daarbij geldt dat niet vaststaat dat bepaalde vormen van zorg altijd door het netwerk van een verzekerde moeten worden verleend, maar dat dit van geval tot geval moet worden beoordeeld. Het staat de ziektekostenverzekeraar dus niet vrij naar eigen inzicht te bepalen dat bepaalde zorghandelingen door het netwerk van verzoekster moeten worden verleend. Vanzelfsprekend had de ziektekostenverzekeraar wel de mogelijkheid bij eventuele onduidelijkheden over de indicatiestelling de indicierend wijkverpleegkundige hierover te bevragen. Gesteld noch gebleken is echter dat de ziektekostenverzekeraar van die mogelijkheid gebruik heeft gemaakt, zodat ook dit geen gegronde reden kan zijn (een deel van) de aanvraag voor een PGB vv af te wijzen.

Slotsom

- 8.5. Uit het voorgaande volgt dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar weliswaar niet zorgvuldig tot stand is gekomen en op bepaalde onderdelen onjuist was, maar dat dit er in de gegeven omstandigheden niet toe kan leiden dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een PGB vv aan verzoekster moet toekennen. De commissie ziet hierin wel aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet voldoen.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 15 maart 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.
- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.

Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte bijkomt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wijkverpleging is voor alle leeftijden en omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op

grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindershospice verleend worden.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is aangesloten bij het netwerk (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis) dat in de omgeving van verzekerde zorg en ondersteuning organiseert en continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Bij de indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.

De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. Dit moet de indicatiesteller vastleggen in een zorgplan. Het zorgplan en de indicatie moeten voldoen aan de 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.

Wij bepalen aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor zorg in natura of een pgb-verpleging en verzorging (vv).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring van ons is niet nodig als u naar een zorgverlener die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd. De zorgverlener beoordeelt dan namens ons of de zorg valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als wij hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met huisartsenzorg. Het verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar huis. De verwachting is dat terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf;

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg;