

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202401342

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 31 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 2 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 januari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 5 februari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025000363) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 februari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 maart 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 februari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 maart 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*, Aanvullend Tand** en de Extra Aanvullend Thuiszorg (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

- 2.2. Verzoekster heeft, in verband met het herstel na een knieoperatie 8 dagen in een zorghotel doorgebracht. De kosten daarvan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 15 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van het verblijf in het zorghotel niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 5 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 13 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij (i) onjuist is voorgelicht over de vergoeding van de kosten van het zorghotel en (ii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van het zorghotel aan haar dient te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster is op 18 januari 2024 geopereerd aan haar rechterknie. Zij wilde hierna niet direct naar huis, omdat zij alleen woont en haar badkamer op de eerste verdieping is. Verzoekster was ook erg bang dat de wond zou gaan bloeden als zij weer thuis zou zijn. Zij had de wens geuit te willen herstellen in een verpleeghuis tegenover het ziekenhuis. Tijdens de intake eind november 2023 en op andere momenten heeft zij verklaard na de operatie niet direct naar huis te kunnen om te herstellen. Haar werd verschillende keren verteld dat de transferverpleegkundige in het ziekenhuis het verblijf regelt. Na de ingreep heeft de transferverpleegkundige aan verzoekster meegedeeld dat vanaf 1 januari 2024 geen toestemming meer werd gegeven voor eerstelijnsverblijf na een knieoperatie. Verzoekster heeft dit echter nergens kunnen teruglezen in de belangrijkste wijzigingen van de zorgverzekering voor 2024. Ook zou er geen plek zijn in het door verzoekster bedoelde verpleeghuis tegenover het ziekenhuis. De transferverpleegkundige zou daarom zoeken naar andere mogelijkheden. Verzoekster kreeg vervolgens te horen dat er nog vijf kamers vrij waren in een zorghotel, maar de kosten hiervan, à € 190,- per dag, zou zij dan zelf moeten betalen. Verzoekster moest binnen een half uur beslissen, en na overleg met haar zoon heeft zij besloten voor het zorghotel te kiezen. Zij had namelijk geen alternatief. Verzoekster vraagt zich nu af of de transferverpleegkundige wel andere verpleeghuizen heeft benaderd om te informeren naar beschikbare plekken. Verzoekster verwijst naar pagina 7 van de brochure van de ziektekostenverzekeraar 'Hulp en zorg na een ziekenhuisopname'. Daar staat dat de ontslagverpleegkundige met de huisarts bespreekt of eerstelijnsverblijf nodig is. Zij regelen dit samen. Volgens verzoekster heeft de transferverpleegkundige geen contact met haar huisarts gehad. In de brochure staat ook dat er gecontracteerde zorghotels zijn. Verzoekster weet echter niet of het zorghotel waar zij is verbleven een gecontracteerde zorgaanbieder is. Verzoekster heeft verder verklaard dat in het zorghotel de wond aan haar rechterknie ernstig is gaan bloeden. Daarom heeft zij besloten het verblijf in het zorghotel te verlengen. De factuur bleek voor verzoekster een verrassing. Zij constateerde dat het zorghotel € 290,- per dag in rekening had gebracht. Verzoekster voelt zich niet correct behandeld door de transferverpleegkundige.
- 3.3. In haar brief van 28 mei 2024 heeft verzoekster het verloop op datum samengevat. Zij heeft verder verklaard dat zij het ziekenhuis aansprakelijk heeft gesteld. De transferverpleegkundige heeft een schriftelijke verklaring afgegeven. Hierop heeft verzoekster gereageerd. Zij gaat ervan uit dat afspraken zijn gemaakt tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar en dat deze overeenkomen met de uitingen op de website van de ziektekostenverzekeraar. In de

Vergoedingswijzer van 2024 staat dat eerstelijnsverblijf (medisch) en revalidatie ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in de brief van 2 januari 2025 van de ziektekostenverzekeraar, in de tweede alinea wordt verwezen naar de kosten van het verblijf in het zorghotel. Zij heeft nooit gevraagd om verblijf in een zorghotel. Zij heeft de commissie een foto van de geopereerde knie laten zien, die hevig heeft gebloed. Dat was ook het moment dat de transferverpleegkundige van het ziekenhuis haar vertelde dat ze de dag erna naar huis mocht. Daar was verzoekster het niet mee eens. Ze raakte daar zelfs van in paniek. Verzoekster heeft de transferverpleegkundige gevraagd of zij een week naar het verpleeghuis 'Zonnehuis' mocht. Volgens de transferverpleegkundige kon zij daar niet naartoe, omdat er geen plek was. Verzoekster heeft verteld dat de ziektekostenverzekeraar schrijft dat er een aparte vergoeding is voor een zorghotel, maar daar heeft zij nooit om gevraagd. Verzoekster heeft uit de brochure een stuk tekst voorgelezen waar staat: *"Als u in het ziekenhuis ligt, dan bespreekt de ontslagverpleegkundige met uw huisarts of u een eerstelijnsverblijf nodig heeft. Samen regelen zij dat u dit krijgt."*
- Dit is niet gebeurd. De brochure heeft zij van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Zij gaat er dan ook vanuit dat die informatie klopt. Verzoekster verwijst ook naar de notities van het ziekenhuis. Daarin staat ook het woord 'zorghotel'. Zij begrijpt niet waarom het ziekenhuis het over een zorghotel heeft, want zij had er eerder nog niet van gehoord. Toen zij niet naar verpleeghuis 'Zonnehuis' kon, heeft de transferverpleegkundige verteld dat het zorghotel € 190,- per dag kost. Voor 5 dagen zou dat ongeveer € 1.000,- zijn. Verzoekster had het gevoel dat zij geen andere keus had dan naar dit zorghotel te gaan. Zij heeft verteld dat toen zij eerder aan haar andere knie was geopereerd, in het ziekenhuis een fysiotherapeut met haar kwam oefenen. Pas toen het (trap)lopen goed ging, mocht zij naar huis. Bij deze laatste operatie is helemaal niet geoefend. Daarnaar door de commissie gevraagd heeft verzoekster verteld dat zij hele andere verwachtingen had van het verblijf in het ziekenhuis en de postoperatieve periode. Volgens verzoekster gaat het functioneren van de transferverpleegkundige de ziektekostenverzekeraar ook aan, want zij dient te handelen volgens de brochure van de ziektekostenverzekeraar. Verder heeft verzoekster verteld dat zij voorafgaand aan de operatie veel in verpleeghuis 'Zonnehuis' was. Daar waren veel mensen die waren geopereerd aan de heupen of knieën. Toen zij dit zag heeft zij de ziektekostenverzekeraar gevraagd of zij daar een week na de operatie kon verblijven. Daar ziet volgens haar dan ook de telefoonnotitie van de ziektekostenverzekeraar op. De factuur die zij achteraf van het zorghotel kreeg bleek veel hoger te zijn, omdat er € 200,- per dag is berekend. Zij heeft daar uiteindelijk 10 dagen gelegen. Zij heeft € 2.300,- moet betaald voor de zorg na de operatie aan haar knie.
- Daarnaar gevraagd door de commissie licht verzoekster toe dat zij van de transferverpleegkundige had verwacht dat zij zou worden overgeplaatst naar verpleeghuis 'Zonnehuis' en als daar geen plek was geweest er was gezocht naar een andere plek dan een zorghotel. Verzoekster had wel een indicatie voor wijkverpleging aan huis, maar zij zou op zaterdag naar huis gaan. Het was niet mogelijk geweest thuiszorg op zaterdag te organiseren. Verzoekster heeft tot slot opgemerkt dat zij niet begrijpt waarom zij geen medische indicatie heeft gekregen, terwijl de wond zo hevig heeft nagebloed.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn e-mailbericht van 15 maart 2024 verklaard dat verzoekster geen medische indicatie had voor eerstelijnsverblijf en dat zij om die reden de kosten van het zorghotel niet vergoed krijgt. Ook levert het zorghotel waar verzoekster is geweest geen eerstelijnsverblijf.
- 4.2. In zijn brief van 4 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in zijn brochure 'Hulp en zorg na een ziekenhuisopname' staat dat de transferverpleegkundige in overleg met de huisarts al dan niet een indicatie voor eerstelijnsverblijf verstrekt. In de praktijk beoordeelt de transferverpleegkundige vaak zelf of een medische indicatie bestaat. De transferverpleegkundige is niet verplicht hierover contact op te nemen met de huisarts. Dat zij dit in de situatie van

verzoekster niet heeft gedaan, betekent dan ook niet dat verzoekster een medische indicatie had voor eerstelijnsverblijf. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat als er in de gecontracteerde zorginstellingen geen plaatsingsmogelijkheid is, er mag worden uitgeweken naar een niet-gecontracteerde zorginstelling. Voorwaarde is hierbij dat de zorginstelling een WTZi toelating (Wet Toelating Zorginstellingen) heeft en de mogelijkheid biedt van 24-uurs zorg. Het zorghotel waar verzoekster is verbleven heeft weliswaar een WTZi toelating, maar biedt geen 24-uurs zorg. Dit zorghotel biedt voorzieningen aan die gelijk zijn aan die in de thuissituatie en door wijkverpleging ook thuis kunnen worden geleverd. Hierdoor heeft verzoekster geen recht - als zij al een medische indicatie zou hebben voor eerstelijnsverblijf - op vergoeding van 75% van de kosten. Verzoekster zag er tegenop om naar huis te gaan, omdat zij alleen woont en de badkamer op de eerste verdieping heeft. Volgens de transferverpleegkundige vormde dit geen medische indicatie voor eerstelijnsverblijf, maar wel voor thuiszorg. De kosten van het zorghotel mag de ziektekostenverzekeraar om die reden niet vergoeden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster voorafgaand aan de keuze voor het verblijf in het zorghotel geen contact met hem heeft opgenomen, zodat hij haar niet heeft kunnen informeren over de kosten. De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden deze kosten alsnog te vergoeden.

- 4.3. In zijn brief van 27 september 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster op 13 september 2023 telefonisch contact met hem heeft opgenomen. Zij informeerde naar de vergoeding voor de kosten van verblijf in een zorghotel. Verzoekster is toen verwezen naar het ziekenhuis, omdat de behandelend arts de medische indicatie voor opname in een zorginstelling stelt. In het telefoongesprek is kort ter sprake gekomen dat er een medische indicatie voor eerstelijnsverblijf moet zijn en dat dit bij verzoekster waarschijnlijk niet aan de orde is. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende gespreksnotitie en de aan verzoekster toegestuurde brochure overgelegd.
De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat contact met de huisarts in de praktijk meestal niet nodig is, omdat de behandelend arts in het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de beslissing of een patiënt fit genoeg is om naar huis te kunnen of is aangewezen op andere vormen van opvang. De ziektekostenverzekeraar heeft wel besloten de brochure - naar aanleiding van het signaal van verzoekster - aan te passen. Dit is voor hem evenwel geen reden om alsnog een financiële tegemoetkoming aan te bieden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij gesteld dat de gezondheidshistorie en de actuele gezondheidssituatie bij de behandelend arts en de transferverpleegkundige bekend waren. Verzoekster mocht naar huis met hulp van thuiszorg en/of wijkverpleging. De argumenten van verzoekster, dat zij destijds 87 jaren oud was, alleen woonde en voor de badkamer naar de eerste etage moest, zijn geen criteria voor het al dan niet toekennen van een medische indicatie voor eerstelijnsverblijf. De transferverpleegkundige heeft in haar verslag opgenomen dat zij verzoekster erop heeft gewezen dat zij het zorghotel zelf zal moeten betalen, omdat er geen medische indicatie is voor eerstelijnsverblijf. De ziektekostenverzekeraar heeft het verslag van de transferverpleegkundige overgelegd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in het zorghotel 24-uur zorgmedewerkers aanwezig zijn, maar dat het geen instelling is voor eerstelijnsverblijf. Die zorg is vergelijkbaar met de zorg die ook aan huis wordt geleverd door thuiszorg of wijkverpleging. In de nacht is een zorgmedewerker aanwezig, dit verschilt niet van het thuis 's nachts kunnen oproepen van thuiszorg of wijkverpleging. Het zorghotel heeft de factuur voor wijkverpleging bij de ziektekostenverzekeraar ingediend en deze is door hem vergoed.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 januari 2025, gericht aan de commissie, verwezen naar verschillende bepalingen in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster in de periode van 21 januari tot en met 28 januari 2024 is verbleven in het zorghotel. Hij verwijst naar de door hem overgelegde telefoonnotitie van 13 september 2023, waaruit blijkt dat verzoekster heeft gevraagd wie de kosten van een zorghotel moet betalen. Haar is toen geantwoord dat zij dit het beste bij het ziekenhuis kon navragen. De kosten van eerstelijnsverblijf na een ziekenhuisbehandeling worden alleen vergoed als sprake is van een medische indicatie. Daar leek in het geval van verzoekster geen sprake van. Ter informatie is aan verzoekster de brochure 'Hulp en zorg na een ziekenhuisopname' gestuurd.

Naast de door verzoekster aangehaalde passage, wordt in de brochure eerstelijnsverblijf als volgt omschreven:

Eerstelijnsverblijf is een kortdurend verblijf in een zorginstelling. U maakt hiervan gebruik als u na uw ziekenhuisopname niet thuis kunt wonen. Uw behandelend arts schat in dat u op korte termijn herstelt. U krijgt dan een medische indicatie. Het doel van uw verblijf is dat u weer snel herstelt en zelfstandig thuis kunt wonen.

Uit de brochure volgt aldus duidelijk dat voor vergoeding van de kosten van eerstelijnsverblijf een medische indicatie vereist is.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts een telefoonnotitie van 15 februari 2024 overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoekster wist dat zij de kosten van het verblijf in het zorghotel zelf moest betalen, maar dat zij zich onder druk gezet voelde door de transferverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft haar daarop geadviseerd met het ziekenhuis in gesprek te gaan. Op grond van de brochure en de telefonisch verstrekte informatie mocht verzoekster niet gerechtvaardigd erop vertrouwen dat de kosten van het verblijf in het zorghotel zouden worden vergoed.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop opgemerkt dat het voor verzoekster een vervelende situatie moet zijn geweest na de operatie. Verzoekster is het niet eens met de term 'zorghotel'. Hij heeft toegelicht dat in de telefoonnotitie dit woord wordt gebruikt, maar hij begrijpt dat verzoekster het verpleeghuis 'Zonnehuis' bedoelde. Het punt is echter dat verzoekster uiteindelijk naar een zorghotel is geweest en dat die rekening door de ziektekostenverzekeraar niet wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar is van begin af aan duidelijk geweest dat er een medische indicatie moet zijn voor eerstelijnsverblijf. De beoordeling of sprake is van een medische indicatie wordt door de transferverpleegkundige gemaakt. Die beoordeling maakt de ziektekostenverzekeraar niet. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in het geval van verzoekster het contact met de transferverpleegkundige vervelend is geweest, maar dat dit de beoordeling voor een medische indicatie niet anders maakt. Verzoekster is van mening dat zij op grond van de brochure aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het zorghotel. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoekster op basis van de brochure er niet op mogen vertrouwen dat zij zonder een medische indicatie de kosten van het zorghotel vergoed zou krijgen. Hij heeft verder toegelicht dat de transferverpleegkundige in overleg kan treden met de huisarts, maar dat dit geen verplichting is. Het is volgens hem niet aannemelijk dat, als er wel overleg zou zijn geweest, er wel een medische indicatie zou zijn geweest. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat als verzoekster wel naar verpleeghuis 'Zonnehuis' was overgeplaatst er ook niets zou zijn vergoed. Er was namelijk geen medische indicatie voor eerstelijnsverblijf. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels de tekst in de brochure aangepast. In de praktijk stelt de transferverpleegkundige de indicatie en indien nodig kan met de huisarts contact worden opgenomen. Dit is niet altijd nodig. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de zin waarnaar verzoekster verwijst moet worden gelezen in de context dat er altijd een medische indicatie moet zijn. Het betekent dat als er een medische indicatie is, dan wordt geregeld dat iemand wordt overgeplaatst naar een eerstelijnsverblijf. Het zorghotel waar verzoekster heeft verbleven heeft zorg geleverd waarvoor geen medische indicatie nodig is. Verzoekster had wel een indicatie voor wijkverpleging aan huis. Dat zou wel zijn vergoed.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 5 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:
"De transferverpleegkundige geeft in haar reactie op de klacht van verzoekster aan dat er geen medische indicatie bestond voor eerstelijnsverblijf. Verzoekster kon naar huis worden ontslagen, met tweemaal daags thuiszorg en eventueel plaatsing van een ziekenhuisbed op de begane grond. De transferverpleegkundige beoordeelt in eerste instantie of er een medische indicatie is voor eerstelijnsverblijf na de operatie. Verder bevat het dossier geen medische informatie van

een behandelend arts over een eventuele medische indicatie voor eerstelijnsverblijf. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat eerstelijnsverblijf medisch noodzakelijk was en dat verzoekster hiervoor een indicatie had.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een medische indicatie had voor eerstelijnsverblijf. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten voor het verblijf in zorghotel De Kim ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen medische indicatie voor eerstelijnsverblijf."

- 5.2. In het definitief advies van 13 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Uit het verslag 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."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over eerstelijnsverblijf 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.
- 7.2. Er bestaat aanspraak op eerstelijns verblijf op grond van artikel 2.12 van het Bzv. Dit betreft verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Bepaling B.27 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
De verwijzing, door verzoekster naar revalidatiezorg, is in dit verband niet relevant en blijft daarom verder onbesproken.
- 7.3. Verzoekster is geopereerd aan haar rechterknie. In het ziekenhuis heeft de transferverpleegkundige - zo blijkt het haar verklaring - beoordeeld dat verzoekster na de ingreep naar huis mocht, waarbij twee keer daags thuiszorg kon worden ingezet ter ondersteuning bij het herstel.
De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat er in het geval van verzoekster geen sprake was van een medisch noodzakelijk eerstelijnsverblijf als bedoeld in artikel B.27 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd door de verklaring van de transferverpleegkundige. In het dossier zijn geen stukken aanwezig die tot een andere conclusie zouden kunnen leiden. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij destijds 87 jaren oud was, alleen woonde en moest traplopen om bij haar badkamer te komen. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster, maar de aangevoerde argumenten vormen afzonderlijk noch tezamen

een medische indicatie voor eerstelijnsverblijf. Dat de transferverpleegkundige geen overleg heeft gevoerd met de huisarts, maakt dit niet anders. In het advies van 5 februari 2025 van het Zorginstituut aan de commissie wordt bevestigd dat verzoekster niet over een zodanige indicatie beschikte.

Uit het voorgaande volgt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het verblijf in het zorghotel ten laste van de zorgverzekering. De commissie stelt verder vast dat van de kant van de ziektekostenverzekeraar niet de indruk is gewekt dat, eventueel in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, het verblijf in het zorghotel, wel zou worden vergoed. Verzoekster heeft in dit verband geen overtuigende argumenten naar voren gebracht, terwijl uit de notitie van het telefoongesprek op 13 september 2023 duidelijk naar voren komt dat (i) werd getwijfeld of een indicatie bestond voor eerstelijnsverblijf en (ii) de kosten van het verblijf in het zorghotel in de regel niet worden vergoed, en voorts blijkt uit de notitie van het telefoongesprek op 15 februari 2024 dat (iii) verzoekster vooraf ervan op de hoogte was dat de desbetreffende kosten voor haar rekening zouden zijn.

- 7.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij zich bij de keuze voor het zorghotel onder druk gezet voelde en dat zij over de kosten onvoldoende werd voorgelicht door de transferverpleegkundige van het ziekenhuis. De commissie kan echter niet treden in de verhouding tussen verzoekster en het ziekenhuis/de transferverpleegkundige. Daarbij komt dat verzoekster, naar haar zeggen, het ziekenhuis intussen aansprakelijk heeft gesteld.
- 7.5. Voor zover het de informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar betreft, geldt dat in artikel B.27 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat het eerstelijnsverblijf medisch noodzakelijk moet zijn in verband met geneeskundige zorg. Verder werd verzoekster tijdens de hiervoor aangehaalde telefoongesprekken op 13 september 2023 en - achteraf - op 15 februari 2024 behoorlijk geïnformeerd. Verzoekster verwijst daarbij op de zinnen in de brochure van de zorgverzekeraar: *"Als u in het ziekenhuis ligt, dan bespreekt de ontslag verpleegkundige met uw huisarts of uw eerstelijnsverblijf nodig heeft. Samen regelen zij dat u dit krijgt."* De commissie overweegt dat deze zinnen moeten worden gelezen in de context van de gehele brochure en zijn opgenomen onder de kop: *"U heeft na uw opname een vervolgonpname nodig"*. De brochure gaat daarmee uit van de situatie dat er een vervolgonpname nodig is, waarvoor een medische indicatie is vereist. Dit sluit aan bij de voorwaarden van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2025,

J.W. Heringa

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Let op!

Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.

Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.

2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.27 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het verblijf is over het algemeen gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u of uw zorgverlener voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
3. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u of uw zorgverlener dit aanvraagt.
4. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de geldende zorgmodule palliatieve zorg of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
5. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal opleidingsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a. wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b. wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c. wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, - hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH arts, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysisch audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
4. De vergoeding voor verblijf als bedoeld in het eerste lid dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg bedraagt een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag.