

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V.
te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, niet-gecontracteerde wijkverpleging,
ingangsdatum, eis van voorafgaande toestemming, redelijkheid en
billijkheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 6:248 BW

Zaaknummer : 202100216

Zittingsdatum : 1 december 2021

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 juni 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 27 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 15 september 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV B 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster had een machtiging van de ziektekostenverzekeraar voor niet-gecontracteerde wijkverpleging voor de periode van 2 oktober 2018 tot en met 31 maart 2019 op basis van 3 uren en 50 minuten Verpleging per week en 20 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een machtiging met ingang van 1 april 2019.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 februari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat een machtiging wordt verleend voor niet-gecontracteerde wijkverpleging op basis van 7 uren Verpleging per week en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Deze machtiging gaat in met terugwerkende kracht tot 9 december 2019 en heeft een einddatum van 29 mei 2020.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 15 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar de gemaakte kosten van niet-gecontracteerde wijkverpleging over de periode van 1 april 2019 tot 9 september 2019 alsnog te 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. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over verpleging en verzorging alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de wijkverpleegkundige vóór aanvang van de zorgverlening heeft toegezegd het administratieve deel voor haar te zullen verzorgen. Dit is buiten medeweten van de bewindvoerder van verzoekster geregeld. Omdat het gaat om niet-gecontracteerde zorg, moet hiervoor vooraf toestemming worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is door de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor de periode van 2 oktober 2018 tot en met 31 maart 2019. De wijkverpleegkundige is de zorg gaan verlenen, en heeft hierbij kennelijk niet gekeken of een vergoeding zou plaatsvinden door de ziektekostenverzekeraar. Pas nadat het bij de wijkverpleegkundige duidelijk werd dat de machtiging was afgelopen, heeft deze op 1 juli 2019 alsnog een (incomplete) aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Verzoekster weet dat de verantwoordelijkheid voor de zorg uiteindelijk bij haar ligt. Door haar ziekte was er echter wel steeds een noodzaak om zorg te blijven leveren. Dit zou uit het dossier bij de ziektekostenverzekeraar moeten blijken. Nu is echter een situatie ontstaan waarbij een advocaat van de wijkverpleegkundige de openstaande kosten op verzoekster wil verhalen. Deze langlopende kwestie heeft zijn weerslag op de gezondheid van verzoekster.
- 6.3. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat de aanvraag die de zorgaanbieder heeft ingediend in eerste instantie zag op de periode van 2 oktober 2018 tot 2 oktober 2019. Daarop is een beslissing gekomen dat de toekenning zou gelden tot 1 april 2019. Daardoor is het probleem ontstaan. Verzoekster was zelf niet in staat om deze aanvraag af te wikkelen. De zorgaanbieder heeft gezegd dit voor haar in orde te maken. Dit is buiten de bewindvoerder om gegaan. De aanvragen die zijn gedaan, zijn ook ondertekend door de zorgaanbieder dan wel verzoekster. Het grootste probleem is dat de toekenning van de ziektekostenverzekeraar door de bewindvoerder naar verzoekster is gestuurd. De bewindvoerder was er toen niet mee bekend hoe de zorgaanbieder dit afwikkelde. De zorgaanbieder kwam er later achter dat de toekenning was verlopen, waarna in juni 2019 een nieuwe aanvraag is ingediend voor de periode van 1 maart 2019 tot 1 maart 2020. Deze aanvraag is afgewezen. Er is een aantal aanvragen op gevolgd, die om verschillende redenen zijn afgewezen. Intussen ligt er wel een nota die op verzoekster afgewenteld zal worden. Het gaat om ongeveer € 33.300,-. Dit bedrag is voor verzoekster niet op te brengen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat met ingang van 1 januari 2019 zijn voorafgaande toestemming moet worden gevraagd voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. De toekenning van 16 november 2018, die zag op de periode van 2 oktober 2018 tot en met 31 maart 2019, is verzonden naar het bij de ziektekostenverzekeraar bekende adres van verzoekster. Dit is het adres van haar bewindvoerder. Aangezien de bewindvoerder de financiële belangen van verzoekster behartigt, worden de brieven aan hem gestuurd. Verzoekster en de bewindvoerder waren ervan op de hoogte wanneer de gemachtigde periode afliep, en wanneer zij weer een nieuwe machtiging moesten vragen. De aanvraag die is ondertekend op 1 april 2019 is niet bij de ziektekostenverzekeraar binnengekomen. De eerste aanvraag kwam binnen op 30 juni 2019, en deze was niet compleet. Een complete aanvraag werd pas ontvangen op 9 september 2019. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat, gelet op de gezondheidssituatie van verzoekster, over de periode 9 september 2019 tot 22 december 2019 dezelfde zorg is geleverd. De ingangsdatum van de nieuwe machtiging zal daarom worden gesteld op 9 september 2019. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid verzoekster een vergoeding te verlenen voor de periode van 1 april 2019 tot 9 september 2019. Dat niet tijdig een nieuwe machtiging is aangevraagd, ligt in haar risicosfeer.
- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de regelgeving duidelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft alle post gestuurd naar het bekende adres van de bewindvoerder. Dat de zorgaanbieder niet van de toekenning op de hoogte is gesteld, kan de ziektekostenverzekeraar niet plaatsen. Er is met de zorgaanbieder gesproken over de brief die aan de bewindvoerder is gestuurd. Het gaat om een gesprek van 20 november 2018. Blijkbaar is er ergens een miscommunicatie geweest. Later is er een aanvraag ontvangen, die niet volledig was. De ziektekostenverzekeraar is bereid met terugwerkende kracht tot 9 september 2019 een machtiging af te geven, omdat er toen een aanvraag lag. De ziektekostenverzekeraar mag niet op de stoel van de indicierend wijkverpleegkundige gaan zitten, en heeft een aanvraag nodig om te kunnen beoordelen of aanspraak bestaat op zorg.

Overwegingen

- 6.6. In artikel 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving geregeld. Het artikel bepaalt dat als wordt gekozen voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde wijkverpleegkundige, vooraf toestemming moet worden gevraagd. Zonder voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar worden geen nota's vergoed. Bij het verzoek om toestemming moet een aantal documenten worden gevoegd. Het gaat hierbij om de indicatie, het zorgplan en het diploma van de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld. Het staat vast dat de complete aanvraag, dat wil zeggen inclusief de benodigde documenten, is binnengekomen bij de ziektekostenverzekeraar op 9 september 2019. Met ingang van die datum is een machtiging verleend en zijn de nota's voor de zorg die verzoekster heeft ontvangen aan haar vergoed. Deze ingangsdatum komt overeen met het bepaalde in de zorgverzekering.
- 6.7. Verzoekster heeft de commissie nadrukkelijk gevraagd bij de beoordeling ook te kijken naar haar omstandigheden. De commissie begrijpt dit aldus dat, volgens verzoekster, toepassing van het bepaalde in artikel 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering in haar situatie leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is (art. 6:248, tweede lid, BW). In dat kader heeft verzoekster aangevoerd dat zij een hersentumor heeft, waardoor zij haar zaken niet op de juiste manier kan waarnemen. Zij heeft een bewindvoerder aangesteld voor de afhandeling van haar financiële zaken. Deze bewindvoerder was niet op de hoogte van de afspraak die verzoekster met de wijkverpleegkundige had gemaakt, en die inhield dat laatstgenoemde de administratieve afhandeling van het PGB vv zou regelen. Dit alles is echter

niet - goed - gebeurd. Hierdoor wordt verzoekster nu geconfronteerd met hoge financiële lasten, die zij - gelet op haar inkomen - niet kan dragen.

- 6.8. De commissie overweegt dat door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster machtigingen zijn verleend voor de perioden vóór 1 april 2019 en ná 9 september 2019. Verzoekster ontving in die perioden zorg van dezelfde zorgverlener. Gesteld noch gebleken is dat zij in de tussenliggende periode geen zorg nodig had, dat de zorg niet aan haar zou zijn verleend, en dat de kosten hiervan niet zouden zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar indien hiertoe tijdig en op de juiste wijze een aanvraag was gedaan. Met betrekking tot het laatste punt kan nog worden aangetekend dat het aan verzoekster was hiervoor zorg te dragen en dat zij zich niet kan beroepen op de door haar hierover met de zorgverlener gemaakte afspraken. Dát die afspraken waren gemaakt had echter wel een reden, namelijk dat verzoekster zich niet in staat achtte dit zelf te monitoren. Zij kampt immers met een hersentumor in een vergevorderd stadium. Door de ziektekostenverzekeraar is met dat gegeven onvoldoende rekening gehouden. Gelet op de hiervóór genoemde specifieke omstandigheden tezamen én de grote financiële gevolgen voor verzoekster, is de commissie van oordeel dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien het bepaalde in artikel 29 van de zorgverzekering haar wordt tegengeworpen. Dit betekent dat de ingangsdatum van de machtiging van 26 februari 2020 dient te worden gewijzigd van 9 september 2019 in 1 april 2019. De commissie ziet geen aanleiding tot toewijzing van het verzoek op basis van de op 1 april 2019 verlopen machtiging.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de ingangsdatum van de machtiging van 26 februari 2020 te stellen op 1 april 2019 onder handhaving van de beschikte einddatum van 29 mei 2020;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 19 januari 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 18, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of kindershospice.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- 1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
- b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om intensieve kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving'.
- 2 Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 3 Voor gespecialiseerde verpleging moet vooraf een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door 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 wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 34 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c u heeft geen recht op gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

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

Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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 zorgaanbieders 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 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 BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag 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.

