

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en One Underwriting B.V. te
Amsterdam

Zaak : Geneeskundige zorg, eerstelijns verblijf (ELV), servicekosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.12 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202200476

Zittingsdatum : 17 augustus 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) One Underwriting B.V. te Amsterdam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 17 maart 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 31 mei 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 10 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 juni 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 juli 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022024132) aan de commissie meegedeeld in deze kwestie geen adviesbevoegdheid te hebben.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker is op 17 augustus 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Verzoeker is over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij antwoordformulier van 24 juni 2022 verklaard af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.
- 2.5. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 23 augustus 2022 nadere vragen gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 12 september 2022 geantwoord. Een kopie van zijn reactie is aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 25 september 2022 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 27 september 2022 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Comfort Plus en Ziekenhuis Ontzorg Pakket (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoeker is op 19 mei 2021 met spoed opgenomen in een instelling voor eerstelijns verblijf (hierna: ELV). De instelling deelde hem mee dat hij een bedrag van € 45,- per dag is verschuldigd in verband met servicekosten. Deze kosten zijn vervolgens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Bij brief van 21 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de servicekosten die de instelling in rekening heeft gebracht, niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 11 juli 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Het geschil gaat over de vergoeding van eerstelijnsverblijf. Verzoeker is op 19 mei 2021 met spoed opgenomen in een instelling voor eerstelijnsverblijf. De instelling deelde mee dat hij een bedrag van € 45,00 per dag is verschuldigd in verband met servicekosten. De instelling heeft aangegeven dat de kosten voor het eerstelijnsverblijf rechtstreeks worden afgehandeld met verweerder en dat separaat voor iedere nacht € 45,00 in rekening wordt gebracht bij verzoeker. Verweerder heeft de servicekosten niet vergoed. Volgens verweerder zijn de kosten voor het eerstelijnsverblijf volledig vergoed. Het gaat om een gecontracteerde aanbieder en de kosten voor het eerstelijnsverblijf zijn rechtstreeks aan de instelling betaald.

Het geschil heeft betrekking op de communicatie tussen de zorgaanbieder en verzoeker over de servicekosten, wat de zorgaanbieder onder de noemer van servicekosten heeft geleverd (betreft het bijv. een luxe kamer) en of verzoeker op basis van zijn polisvoorwaarden mag verwachten dat de servicekosten door verweerder vergoed worden (aanvulling tot 100% van het wettelijk tarief). Waarbij ook de verhouding tussen gecontracteerde zorg en een restitutiepolis speelt.

Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Het geschil betreft de hoogte van de vergoeding. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit. (...)"

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar de betaalde servicekosten alsnog volledig dan wel gedeeltelijk aan hem moet vergoeden, en
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan hem moet vergoeden.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 19.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 8.4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker werd op enig moment spontaan blind aan zijn rechteroog, nadat de geïmplanteerde lens was losgelaten en operatief moest worden verwijderd. In het andere oog draagt hij een losse lens. Als deze lens uit is, ziet verzoeker niets meer. De situatie werd toen gevaarlijk, en verzoeker kon niet meer zelfstandig thuis wonen. De huisarts heeft verzoeker verwezen naar een instelling voor ELV. Dit was de enige instelling waar nog plaats was. De instelling declareerde de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar, maar vertelde verzoeker dat hij een eigen bijdrage van € 45,- per dag moest betalen. Dit komt neer op € 1.395,- per maand. Omdat verzoeker geen andere keuze had, ook vanwege COVID-19, is hij hiermee akkoord gegaan. Verzoeker heeft een uitgebreide restitutiepolis. Ook heeft hij een aanvullende ziektekostenverzekering. Op het vergoedingenoverzicht las hij dat ELV wordt vergoed voor 100%. Hij dacht dus niet dat er een probleem zou optreden als hij de servicekosten zou declareren. Dit bleek echter wel het geval. Het is verzoeker gebleken dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 155,- per dag heeft betaald aan de instelling, terwijl het maximale wettelijke tarief voor ELV in 2021 € 175,55 per dag bedroeg. Er is daarmee nog ruimte om een aanvullende vergoeding te verlenen. Hierbij merkt verzoeker verder op dat in het bedrag aan servicekosten ook zorgkosten zijn begrepen, namelijk het gedurende 24 uur beschikbaar zijn van zorg en het gebruik van personenalarmering. Dit betreft geen servicekosten, maar reguliere zorg.
- 6.3. Ter zitting heeft zijn gemachtigde verklaard dat verzoeker inmiddels in een Wlz-instelling is opgenomen. Met betrekking tot de ELV hebben hij en zijn zoon (de gemachtigde in deze procedure) alles zelf moeten regelen. Uiteindelijk heeft verzoeker gedurende elf maanden ELV gehad, waarbij hij verbleef in een kamer in de kelder. Er was geen sprake van luxe. Van het restaurant in het gebouw kon hij bijvoorbeeld geen gebruik maken. Verzoeker is ermee akkoord dat hij moet betalen voor eten en drinken. In de zogenoemde "servicekosten" zijn echter ook zorgkosten begrepen. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar ten minste € 20,- per dag dient te vergoeden.
- 6.4. In reactie op de aanvullende brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 september 2022 heeft verzoeker bij e-mailbericht van 25 september 2022 benadrukt dat de alarmknop, die volgens het contract bij de servicekosten hoort, voor hem van levensbelang was, en daarom moet worden gerekend tot de reguliere zorg. In de verzekeringsvoorwaarden is zonder voorbehoud geregeld dat de kosten van ELV voor 100% worden vergoed.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de zorgverzekering alleen een hogere dekking kent dan een naturapolis, als gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarvan is in dit geval geen sprake. Verzoeker heeft gebruik gemaakt van een zorghotel dat ook fungeert als instelling voor ELV. Een zorghotel biedt meestal meer comfort en service. Hiervoor mogen extra kosten in rekening worden gebracht, die niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. Ook de aanvullende ziektekostenverzekering biedt hiervoor geen dekking. In het geval een wachtlijst bestaat, kan een verzekerde de ziektekostenverzekeraar benaderen voor wachtlijstbemiddeling. Dat is hier echter niet gebeurd. Wellicht had een instelling kunnen worden gevonden waar geen servicekosten verschuldigd waren. Voor zover verzoeker van mening is dat de instelling kosten in rekening heeft gebracht die onder ELV vallen, ligt het op zijn weg

hierover contact te zoeken met de instelling. Uit het contract dat is gesloten met de instelling, blijkt dat is gekozen voor een bepaald type kamer, en dat hieraan extra kosten zijn verbonden.

- 6.6. Bij brief van 12 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zorginstelling de volledige kosten van ELV heeft gedeclareerd. Een personenalarmeringssysteem valt niet onder ELV. Overigens staat in de facturen die zijn overgelegd niet dat is betaald voor 24- uurs beschikbaarheid of personenalarmering. Op de facturen is vermeld dat moet worden betaald voor "Kamer S01 ELV Souterrain - Luxe Hotelkamer". Dit betreft volgens de zorgaanbieder een luxe kamer waarvoor een extra tarief wordt berekend. Het betreft daarmee niet een standaard kamer die zonder aanvullende kosten kan worden betrokken met een indicatie voor ELV. De extra kosten zijn ook te zien op de website van de zorginstelling. De overeenkomst die door verzoeker is getekend, betreft alleen de dienstverlening die door de zorginstelling in de hoedanigheid van zorghotel wordt verleend. Hierin zijn niet de kosten van ELV begrepen. Volgens verzoeker zou hem geen gespecificeerde nota zijn gestuurd, ondanks dat hij hierom herhaalde keren heeft gevraagd. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar die navraag deed werd echter zeer welwillend te woord gestaan. Haar werd ook meegedeeld dat het factureringssysteem intussen is gewijzigd, alsmede de tarieven voor luxere kamers. De ziektekostenverzekeraar heeft met de zorginstelling alleen een contract gesloten dat ziet op ELV. De kosten die samen hangen met extra dienstverlening blijven voor rekening van de verzekerde.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.7. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op ELV. Volgens artikel 29 van de zorgverzekering bestaat ELV uit:
- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
 - 24-uurs beschikbaarheid van en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
 - geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
 - paramedische zorg die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.
- De zorginstelling heeft voor de levering van ELV een contract gesloten met de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast heeft de zorginstelling met verzoeker een overeenkomst gesloten, op basis waarvan hem voor servicekosten een bedrag van € 45,- per dag in rekening is gebracht. Volgens het contract dat verzoeker met de zorginstelling heeft gesloten, zien deze door de zorginstelling berekende servicekosten op het volgende:
- verblijf in één van de volledig ingerichte hotelkamers met gratis wifi;
 - volledige service (ontbijt, lunch, avondeten, koffie, thee, etc.);
 - 24-uurs beschikbaarheid van zorg;
 - persoonlijk alarmeringssysteem.
- Verzoeker is van mening dat de 24-uurs beschikbaarheid van zorg en het persoonlijk alarmeringssysteem vallen onder ELV. Hij heeft de servicekosten daarom bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar ziet deze beide onderdelen echter als extra kosten voor meer comfort en service, die niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 6.8. De commissie stelt voorop dat zij niet kan treden in de relatie tussen verzoeker en de zorginstelling. Ten aanzien hiervan is zij niet bevoegd, terwijl de zorginstelling ook geen partij is in de onderhavige procedure. Vast staat dat verzoeker met de instelling een contract heeft gesloten, waarbij hij ervoor heeft getekend dat de hiervóór genoemde kosten als "servicekosten" apart bij hem in rekening werden gebracht, en door hem zelf moesten worden voldaan. Dat een deel van deze servicekosten volgens verzoeker ziet op de te verlenen zorg in het kader van ELV, is in de eerste plaats iets tussen hem en de zorginstelling. De commissie begrijpt uit de reactie van de ziektekostenverzekeraar namelijk dat deze bestrijdt dat het desbetreffende deel van de servicekosten bij de verkeerde partij dan wel dubbel is gedeclareerd door de zorginstelling.

Met de door verzoeker gesloten overeenkomst heeft de ziektekostenverzekeraar overigens geen bemoeienis. Bij de zorginkoop gaat het alleen om de verzekerde zorg en dit laat onverlet dat een zorgaanbieder met een patiënt daarnaast afspraken maakt over niet-verzekerde zorg. Voor zover vallend onder de gemaakte afspraken over de verzekerde zorg zijn de kosten van ELV, naar de commissie begrijpt, volledig door de ziektekostenverzekeraar aan de zorginstelling voldaan.

- 6.9. Waar het de contractuele relatie tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar betreft, geldt het volgende. De zorgverzekering biedt geen aparte dekking voor servicekosten. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat een hogere vergoeding voor ELV mogelijk is. De commissie begrijpt deze stelling aldus, dat door verzoeker wordt bedoeld op de 'Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/ REG-21625-01' (geldig van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierin wordt een bedrag genoemd van € 174,53. De tariefbeschikking die geldig is in 2022, vermeldt het door verzoeker genoemde bedrag van € 175,55. Dit betreft echter het bedrag dat door een zorgaanbieder voor ELV maximaal in rekening mag worden gebracht bij onder andere een zorgverzekeraar. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders lagere prijsafspraken te maken bij de inkoop van verzekerde zorg. Verzoeker merkt terecht op dat hij een restitutiepolis heeft. Dit betekent dat hij niet naar een gecontracteerde zorgaanbieder hoeft te gaan, en in principe niet is gebonden aan het gecontracteerde tarief. In de onderhavige situatie heeft de zorginstelling echter geen hoger tarief in verband met ELV in rekening gebracht dan waarvoor hij door de ziektekostenverzekeraar in het kader van de naturaverzekeringen was gecontracteerd. Hij heeft bij verzoeker kosten in rekening gebracht, waarvan - gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt - moet worden aangenomen dat deze zien op niet-verzekerde zorg. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar kosten van niet-verzekerde, en door hem niet ingekochte zorg, zou moeten vergoeden tot het door de NZa vastgestelde maximum. Het restitutiekarakter van de verzekering houdt immers niet in dat aanspraak bestaat op een ruimer pakket aan verzekerde prestaties. Dit argument van verzoeker kan daarom niet leiden tot een ander oordeel.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen extra dekking voor het verblijf in een zorghotel dan wel voor de door een instelling voor ELV in rekening gebrachte servicekosten. Ook vanuit die verzekering is daarom geen (aanvullende) vergoeding mogelijk.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 oktober 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Overige stukken



Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-21625-01

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_309202_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-21625-01

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_309202_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Tarieven en prestaties

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldend vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021

Laatste wijziging: 30-06-2021

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_309202_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 07-07-2020

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Eerstelijnsverblijf

Inhoudsopgave

Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-21625-01.....	4
--	---

Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-21625-01

Nummer	Datum ingang	Datum vaststelling
TB/REG-21625-01	1 januari 2021	7 juli 2020
Volgnr.	Geldig tot	Behandeld door
01	1 januari 2022	directie Regulering

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met inachtneming van Hoofdstuk 4, paragrafen 4.2 en 4.4, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg),

en meer in het bijzonder:

artikel 35, artikel 50 lid 1, onderdelen a, c en d jo. artikel 51 tot met 53 Wmg,

op basis van de beleidsregel:

Beleidsregel eerstelijnsverblijf,

en de regeling:

Regeling eerstelijnsverblijf,

besloten:

dat rechtsgeldig,

door:

- zorgaanbieders die eerstelijnsverblijf en psychologische zorg leveren zoals bedoeld in de Beleidsregel eerstelijnsverblijf,
- en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 Wmg (factormaatschappijen),

aan:

- ziektekostenverzekeraars,
- (niet-)verzekerden¹,

¹ Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/Wlz-verzekerde.

- en zorgaanbieders

in rekening mag worden gebracht:

de onderstaande prestatiebeschrijvingen en bijbehorende tarieven (in euro's), mits voldaan is aan de bij de betreffende prestaties beschreven voorwaarden, voorschriften en beperkingen. Voor de beschrijving van de prestaties en voorwaarden, voorschriften en beperkingen wordt eveneens verwezen naar de Beleidsregel eerstelijnsverblijf en de Regeling eerstelijnsverblijf.

Prestaties	Tarief
Eerstelijnsverblijf laag complex	Maximaal € 174,53
Eerstelijnsverblijf hoog complex	Maximaal € 266,09
Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	Maximaal € 357,07
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing	Vrij tarief
Coördinatiefunctie verblijf	Vrij tarief
Onderlinge dienstverlening	Vrij tarief

De vastgestelde maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.

De declaraties dienen te worden gespecificeerd conform de beschrijvingen in de tarievenlijst. Bij contante betaling mag het eindbedrag worden afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van 5 eurocent.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen

Ten aanzien van het hierboven gestelde gelden de navolgende voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen:

- De in deze tariefbeschikking weergegeven tarieven voor eerstelijnsverblijf laag complex, eerstelijnsverblijf hoog complex en eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg zijn maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg. Declaratie vindt plaats in eenheden van een verblijfsdag.
- Voor de prestaties onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, Wmg.
- Voor de prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing en coördinatiefunctie verblijf gelden vrije tarieven en een vrije declaratie-eenheid. Voor deze prestaties geldt dat hier een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.
- De maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan de reguliere maximumtarieven in de onderhavige tariefbeschikking kan aan eenieder in rekening worden gebracht. Een max-maxtarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de zorgverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot eerstelijnsverblijf is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

- Een verblijfsdag is een kalenderdag die deel uitmaakt van een periode van opname voor eerstelijnsverblijf. De opname omvat minimaal één overnachting. De dag van opname en de dag van ontslag gelden als een te declareren verblijfsdag, waarbij geldt voor de dag van opname dat deze enkel gedeclareerd kan worden indien de opname heeft plaats gevonden vóór 20.00 uur. In het geval de dag van opname samenvalt met de dag van overlijden is eveneens sprake van een verblijfsdag. Als in dit geval de opname na 20.00 uur heeft plaatsgevonden kan eveneens een verblijfsdag gedeclareerd worden.
- De prestaties eerstelijnsverblijf laag complex, eerstelijnsverblijf hoog complex en eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg zoals omschreven in de beleidsregel kunnen niet tegelijkertijd voor dezelfde patiënt op dezelfde dag worden gedeclareerd. De prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing komt in plaats van (een deel van) de reguliere prestaties binnen de Beleidsregel eerstelijnsverblijf; voor de zorg die onder de experimentprestatie valt, kunnen geen andere prestaties uit de beleidsregel in rekening worden gebracht.
- De zorgaanbieder declareert geen andere prestaties voor de zorg die reeds in de prestaties als bedoeld in de beleidsregel is opgenomen. Een uitzondering hierop vormt de situatie dat zorg in de thuissituatie geleverd is op de dag van opname en/of ontslag uit eerstelijnsverblijf.
- Er is sprake van onderlinge dienstverlening wanneer de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel is van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van eerstelijnsverblijf. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De uitvoerende zorgaanbieder brengt de prestatie 'onderlinge dienstverlening' in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd.

Vervallen oude beschikking

De Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf, met kenmerk TB/REG-20613-02, die een geldigheidsduur had tot 1 januari 2020, is op laatstgenoemde datum van rechtswege komen te vervallen.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2021 en vervalt met ingang van 1 januari 2022.

Gelet op artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van deze beschikking mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Citeertitel

Deze beschikking wordt aangehaald als: Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf.

Bezwaar

Indien u het niet eens bent met dit besluit, dan kunt u binnen zes weken, gerekend vanaf de dag na die waarop dit besluit in de Staatscourant bekend is gemaakt, een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: per post of per fax. Het is niet mogelijk uw bezwaar via de e-mail in te dienen.

Adres:

Nederlandse Zorgautoriteit

t.a.v. unit Juridische Zaken
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT
(In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift)
Fax: 030 – 296 82 96

Het bezwaar dient volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en dient ten minste de volgende gegevens te bevatten:

naam en adres van de indiener;
de dagtekening;
een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt;
de gronden (onderbouwing) van het bezwaar.

Wij verzoeken u een kopie van dit besluit bij te voegen.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. J. Rijneveld
unitmanager Eerstelijnszorg

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.

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.

29 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 drie maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- a. verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- b. 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- c. geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- d. 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

- a. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
- b. Wanneer uw verblijf langer dan drie maanden gaat duren, moet u voor de zestigste dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste drie maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
- c. 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 dit aanvraagt.
- d. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
- e. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau vier.

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 achttien 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 dertig 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 5 van de ‘Algemene voorwaarden basisverzekeringen’.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op iak.nl/zorgverleners 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.

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

1. Start uw verblijf bij een zorgverlener voor eerstelijns verblijf op of na 1 januari 2021? Dan moet u vooraf toestemming aanvragen wanneer u gebruik wilt maken van een verblijf bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf.
2. Voor het aanvragen van toestemming moet u gebruik maken van het formulier “Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders” dat u kunt vinden op onze website.
3. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u 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 het 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 uw aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
4. 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.

Verblijft u op 31 december 2020 bij een zorgverlener voor eerstelijns verblijf welke niet door ons wordt gecontracteerd in 2021?

Als u op 31 december 2020 al verblijft bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf dan kunt u dit verblijf afronden, zonder daarvoor toestemming aan te vragen. Mocht u na dit verblijf opnieuw verblijven bij dit of een andere niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf, dan moet u wel vooraf toestemming aanvragen.

30 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;
- 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.

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.