

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, zorg in natura, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv
Zaaknummer : 202102056
Zittingsdatum : 21 september 2022

1. Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 29 oktober 2021 heeft verzoekster 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. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 29 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brieven van 15 april 2022 en 28 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze brieven zijn op 29 april 2022 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 11 mei 2022 heeft verzoekster gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 24 mei 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Bij brief van 9 juni 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022021397) de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. Een kopie van deze brief is dezelfde datum aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 20 juni 2022 en de ziektekostenverzekeraar bij brief van 7 juli 2022 gereageerd. Afschriften van deze brieven zijn aan de respectieve wederpartij en aan het Zorginstituut gestuurd.
- 2.4. Het Zorginstituut heeft bij brief van 14 juli 2022 meegedeeld dat hij op basis van de gegeven informatie geen inhoudelijk advies kan uitbrengen. Een afschrift van deze brief is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 2 augustus 2022 tijdens een telefoongesprek verklaard van deze mogelijkheid af te zien. Bij e-mailbericht van 2 augustus 2022 heeft de commissie dit aan haar bevestigd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij antwoordformulier van 15 augustus 2022 verklaard dat hij wel wil worden gehoord.
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar is op 21 september 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 9 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 31 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster ontving in 2018 Verpleging en Persoonlijke Verzorging van een thuiszorgorganisatie, die de kosten hiervan rechtstreeks declareerde bij de ziektekostenverzekeraar. Deze kosten zijn aanvankelijk vergoed. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar een onderzoek uitgevoerd, waarbij hij tot de conclusie is gekomen dat de door de thuiszorgorganisatie geleverde zorg naar zijn oordeel niet rechtmatig en doelmatig was. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop besloten de uitgekeerde vergoeding van de thuiszorgorganisatie terug te vorderen.
- 3.3. De thuiszorgorganisatie is vervolgens bij de rechtbank Gelderland een procedure gestart tegen de ziektekostenverzekeraar. Blijkens het proces-verbaal van de mondelinge behandeling van 9 juli 2020 hebben partijen daarin overeenstemming bereikt over een deel van de openstaande vordering ter zake van bij de ziektekostenverzekeraar ingediende declaraties betreffende onder meer verzoekster. Ten aanzien van het resterende deel is tussen partijen in geschil gebleven of recht op vergoeding bestaat. De partijen in de procedure zijn overeengekomen dat de betreffende verzekerden, waaronder verzoekster, zelf een klacht hierover zouden indienen bij de SKGZ. Bij brief van 15 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster gevraagd de kwestie voor te leggen aan de commissie. Verzoekster heeft de commissie hierop verzocht een bindend advies uit te brengen.
- 3.4. Bij brief van 9 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk welke geïndiceerde zorg verweerder heeft vergoed en voor welke zorg de vergoeding is afgewezen. In de brief van verweerder d.d. 15 april 2022 wordt enkel aangegeven dat van € 33.592,00 van het totale gedeclareerde bedrag (€ 45.858,90) is vergoed door verweerder. De zorg die vergoed is door verweerder kan geen onderdeel zijn van het geschil.

Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat verweerder gehouden is een vergoeding toe te kennen voor verpleging en verzorging, zoals in 2018 door de zorgaanbieder aan haar is geleverd. Echter is onduidelijk welke zorg niet is vergoed door verweerder.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op de vergoeding van verpleging en verzorging moet nader gespecificeerd worden welke geïndiceerde zorg verweerder niet heeft vergoed. (...)"

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 juli 2022, in reactie op voornoemde brief van het Zorginstituut, voor zover hier van belang verklaard:

(...)

Schikkingsbedrag

Voor verzoekster hebben wij bij de schikking aangegeven bereid te zijn om akkoord te gaan met 105 eenheden persoonlijke verzorging en 5 eenheden verpleging per week wat neerkomt op een vergoeding van € 33.592. Meer zorg dan de aangeboden 105 eenheden persoonlijke verzorging en 5 eenheden verpleging vinden wij niet doelmatig en hebben wij afgewezen. Het zorgplan wat

wij ontvangen hebben dateert van 18 juli 2017. Dit zorgplan voldoet niet aan het normenkader van V&VN en is niet navolgbaar.

In de schikking zijn wij akkoord gegaan met:

- Persoonlijke verzorging: 105 eenheden van 5 minuten = 525 minuten per week
- Verpleging: 5 eenheden van 5 minuten = 25 minuten per week.

De indicatie vanuit zorgplan:

- Persoonlijke verzorging: 810 minuten per week
- Verpleging: 140 minuten per week

Beoordeling:

Medicatie aanreiken is niet akkoord bevonden als verpleegkundige zorg, aangezien dit een interventie is die vanuit persoonlijke verzorging geïndiceerd had dienen te worden.

Het ontvangen zorgplan is destijds beoordeeld op doelmatigheid waarop de volgende interventies als volgt zijn beoordeeld:

- ADL zorg: 55 minuten per dag persoonlijke verzorging, ochtendzorg 35 minuten en avondzorg 20 minuten. Dit is inclusief toiletgang, huidinspectie (samenvallende handelingen)
- Toiletgang (buiten de 2x ADL zorg) 1 keer per dag 15 minuten persoonlijke verzorging
- Medicatie aanreiken 1 keer per dag 5 minuten persoonlijke verzorging
- Coördinatie van zorg 25 minuten per week verpleging (...)"

3.6. Bij brief van 14 juli 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In de brief van verweerder d.d. 15 april 2022 wordt aangegeven dat € 33.592,00 van het totale gedeclareerde bedrag (€ 45.858,90) is vergoed door verweerder. Het Zorginstituut heeft in het advies tot nader onderzoek d.d. 8 juni 2022 aangegeven dat onduidelijk is welke zorg het precies betreft. Verweerder heeft dit toegelicht in de brief van 7 juli 2022.

Verweerder geeft aan dat in totaal 810 minuten verzorging per week en 140 min verpleging per week zijn geïndiceerd. Verweerder heeft 525 minuten verzorging per week en 25 minuten verpleging per week toegekend. De verpleging betreft de coördinatie van zorg. Verweerder geeft aan dat het aanreiken van medicatie verplaatst is van verpleging naar verzorging. Uit de brief d.d. 7 juli 2022 blijkt niet dat verweerder tijd heeft toegekend voor het stimuleren tot voldoende vocht inname en de wekelijkse bloedsuikercontrole. Verweerder heeft echter niet onderbouwd waarom er 400 minuten minder verzorging dan geïndiceerd wordt toegekend en waarom er geen tijd is toegekend voor het stimuleren tot voldoende vocht inname en de wekelijkse bloedsuikercontrole. In de brief d.d. 7 juli 2022 geeft verweerder enkel in het algemeen aan dat de geneeskundige context ontbreekt en dat het zorgplan niet voldoet aan het normenkader van V&VN.

Het nader onderzoek heeft onvoldoende informatie opgeleverd om te kunnen beoordelen op welke zorg verzoekster aanspraak kan maken. Verweerder dient per geïndiceerde zorghandeling aan te geven of de zorg vergoed is of niet en wat de reden daarvan is.

De zorg die vergoed is door verweerder kan namelijk geen onderdeel zijn van het geschil. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat verweerder gehouden is een vergoeding toe te kennen voor verpleging en verzorging, zoals in 2018 door de zorgaanbieder aan haar is geleverd. Echter is onduidelijk welke zorg niet is vergoed door verweerder.

Het Zorginstituut merkt op dat indien verweerder (een deel van) de geïndiceerde minuten voor een zorghandeling heeft toegekend ten laste van de zorgverzekering, verweerder erkent dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op het aantal geïndiceerde minuten. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige die de indicatie stelt om vast te stellen hoeveel tijd er voor het uitvoeren van een handeling nodig is, mocht verweerder hier van af willen wijken dan dient dit in overleg met de indicierend wijkverpleegkundige te gebeuren.

Conclusie

Aangezien het op basis van de beschikbare informatie onduidelijk is welke zorg verweerder wel en niet vergoed heeft ten laste van de zorgverzekering kan het Zorginstituut geen advies uitbrengen. (...)"

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een vergoeding toe te kennen voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging, zoals in 2018 door de zorgaanbieder aan haar is geleverd.

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over de aanspraak op verpleging en verzorging 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 verklaard dat zij in 2018 Verpleging en Persoonlijke Verzorging heeft ontvangen van de zorgaanbieder. De zorgverlening heeft verzoekster als zorgvuldig en fijn ervaren. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoekster ten onrechte een deel van de verleende zorg niet vergoed, omdat sprake zou zijn van een fout in de zorgplannen of de indicatie. Dit is door verzoekster en de indicierend verpleegkundige betwist. Daarnaast heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in 2019 de verleende zorg wél volledig heeft vergoed, terwijl er feitelijk geen verschil zit in de geïndiceerde en verleende zorg in 2018 en 2019. Het enige verschil is dat in 2019 geen tijd meer is geïndiceerd voor 'gezondheidszorg supervisie', waarmee wordt bedoeld de tijd die de zorgaanbieder nodig had voor overleg met de huisarts, dan wel intercollegiaal overleg. Gelet op het voorgaande is verzoekster van mening dat de ziektekostenverzekeraar alsnog is gehouden een volledige vergoeding toe te kennen voor de zorg die de zorgaanbieder in 2018 aan haar heeft geleverd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de zorgaanbieder ten behoeve van verzoekster in totaal € 45.858,90 heeft gedeclareerd voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging die in 2018 is verleend. Bij een controle van deze declaraties kwam naar voren dat de zorgaanbieder geen indicatiestelling of zorgplan kon overleggen waaruit bleek dat sprake was van een of meer lichamelijke beperkingen die ten grondslag lagen aan de verleende zorg en dat sprake was van doelmatige zorg. Hierop heeft contact plaatsgevonden met de zorgaanbieder en de indicierend verpleegkundige en zijn zij alsnog in de gelegenheid gesteld een zorgplan over te leggen. Dat is gebeurd, waarna dit alsnog is beoordeeld en besproken met de indicierend verpleegkundige op 9 december 2019. Van dit gesprek is een verslag gemaakt. Volgens de ziektekostenverzekeraar is tijdens dit gesprek onvoldoende duidelijk gemaakt waardoor het beschreven zelfzorgtekort wordt

veroorzaakt en waarom verzoekster is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Om die reden heeft verzoekster volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak op deze zorg ten laste van de zorgverzekering. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de zorgaanbieder tegemoet te komen door onverplicht een vergoeding van € 33.592,- toe te kennen. Hierbij is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de indicatie zoals gesteld in 2019.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie stelt voorop dat zij niet kan treden in de relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de thuiszorgorganisatie. De procedure bij de rechtbank Gelderland, alsmede de in dat kader tussen de ziektekostenverzekeraar en de thuiszorgorganisatie gemaakte afspraken, die de aanleiding zijn geweest voor verzoekster om de kwestie aan de commissie voor te leggen, vallen daarmee buiten het beoordelingskader van de commissie. Vast staat dat de thuiszorgorganisatie in 2018 rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declaraties heeft ingediend. Na een onderzoek is toen besloten de ingediende declaraties niet te vergoeden. Kennelijk is tijdens de procedure bij de rechtbank door de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog een bedrag van € 33.592,- aan de thuiszorgorganisatie te vergoeden. Naar de commissie begrijpt, ging het om een openstaand bedrag van totaal € 45.858,90. Verzoekster heeft de commissie verzocht de ziektekostenverzekeraar te verplichten de afgewezen declaraties alsnog te vergoeden. De commissie begrijpt het verzoek aldus dat het hierbij gaat om een bedrag van € 12.266,90. Voor zover bekend, wordt dit bedrag niet door de thuiszorgorganisatie van verzoekster gevorderd. Omdat dit echter wel zou kunnen, heeft verzoekster belang bij een beslissing over dit openstaande bedrag. In dat verband overweegt de commissie als volgt.
- 6.5. In gevallen als deze gaat het onder meer om de beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot een verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het beslissingskader dat de commissie bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
- (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor verpleging en verzorging ligt bij de indicerend wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het door deze opgestelde zorgplan moet blijken dat:
 - (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
 - (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
 - (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
 - (b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de gedeclareerde uren geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.
 - (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige:
 - (i) tot overeenstemming tussen de verzekeraar en de verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
 - (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.

Wordt het geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de gedeclareerde zorg niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat de zorg die is geïndiceerd ten behoeve van verzoekster zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en dat sprake is van een geneeskundige context. Naar de commissie begrijpt, is om die reden besloten het grootste deel van de gedeclareerde zorg te vergoeden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de indicatie echter te ruim gesteld, zodat geen sprake is van doelmatige zorg. Om die reden is het resterende bedrag - dat thans in geschil is - niet vergoed.
- 6.7. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 14 juli 2022 verklaard dat het aan de wijkverpleegkundige is te onderbouwen hoeveel tijd er met de geïndiceerde zorg gemoeid gaat en dat van deze onderbouwing slechts kan worden afgeweken na overleg met de wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar stelt dat dit overleg heeft plaatsgevonden op 9 december 2019 en dat op basis hiervan afspraken zijn gemaakt. Deze stelling treft geen doel. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar namelijk verklaard dat interne werkaantekeningen zijn gemaakt van het gesprek, maar dat deze niet met de thuiszorgorganisatie of met de indicerende wijkverpleegkundige zijn gedeeld. Zij zijn dan ook niet in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Evenmin is gebleken dat daadwerkelijk afspraken zijn gemaakt, danwel dat partijen overeenstemming hebben bereikt over de inhoud en omvang van de indicatie. Zo ontbreekt hiervan een schriftelijke bevestiging. Overigens is dit laatste ook niet aannemelijk gelet op het feit dat de thuiszorgorganisatie heeft besloten een gerechtelijke procedure tegen de ziektekostenverzekeraar te starten.
- 6.8. Voorts overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks dat hij hiertoe meerdere malen in de gelegenheid is gesteld, waaronder in deze procedure, niet heeft onderbouwd welke zorghandelingen zijns inziens te ruim zijn geïndiceerd en hoe hij tot deze conclusie is gekomen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn beslissing een deel van de gedeclareerde zorg niet te vergoeden, niet de vereiste zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem mag worden verwacht. Het verzoek ligt dan ook voor toewijzing gereed, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden het bedrag van € 12.266,90 voor de door verzoekster genoten zorg in natura te vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 18 november 2022

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding. Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan hebt u recht op de vergoeding van de kosten van zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 28).

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntstelsel en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderdagverblijf. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

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 zeven 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.