

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, ondoelmatige zorg, terugvordering van thuiszorgorganisatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018
Zaaknummer : 202200244
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 4 februari 2022 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 11 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 28 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 april 2022 aan verzoekster gezonden. Zij is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen twee weken schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft op 13 mei 2022 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 17 mei 2022 ter kennisname naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022020238) de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten doen. Een kopie van de brief is op 15 juni 2022 aan partijen gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie hierover binnen veertien dagen te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft, na uitstel te hebben gevraagd en dit te hebben gekregen, bij brief van 7 juli 2022 een nadere reactie gegeven op het geschil. Een kopie van deze brief is op 8 juli 2022 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 juli 2022 is op 8 juli 2022 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag een inhoudelijk voorlopig advies uit te brengen. Het Zorginstituut heeft bij brief van 14 juli 2022 meegedeeld op basis van de gegeven informatie geen inhoudelijk advies te kunnen uitbrengen. Een afschrift van deze brief is op dezelfde dag aan partijen gezonden.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 16 augustus 2022 meegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen. De ziektekostenverzekeraar is op 21 september 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 juli 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 Gezin Basis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster ontving voorheen Verpleging en Persoonlijke Verzorging van een thuiszorgorganisatie, die de kosten hiervan rechtstreeks declareerde bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in het jaar 2018 een steekproef uitgevoerd, waarbij hij, na onderzoek, tot de conclusie kwam dat door de thuiszorgorganisatie zorg was gedeclareerd die naar zijn oordeel niet rechtmatig en doelmatig was. De ziektekostenverzekeraar heeft de thuiszorgorganisatie hierop meegedeeld dat de ingediende declaraties zijn afgewezen.
- 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 8 juni 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"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. 28 april 2022 wordt enkel aangegeven dat € 14.286,72 van het totale gedeclareerde bedrag (€ 15.756,56) 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 de afgewezen declaraties alsnog te vergoeden. Het is onduidelijk welke declaraties het precies betreft.

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.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande. (...)"

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

"(...) Voor [verzoekster] hebben wij bij de schikking aangegeven bereid te zijn om akkoord te gaan met een gedeelte van de geïndiceerde zorg, hieronder lichten wij dit toe. De intake van het zorgplan dat wij ontvangen hebben 5 januari 2018, waarbij het zorgplan met terugwerkende kracht vanaf 1-1-2018 start. Dit zorgplan voldoet niet aan het normenkader van V&VN en is niet navolgbaar.

In de schikking zijn wij akkoord gegaan met:

- Persoonlijke verzorging: 24 eenheden x 5 minuten = 120 minuten per week
- Verpleging: 28 eenheden x 5 minuten = 140 minuten per week

De indicatie vanuit het aangeleverde zorgplan:

- Persoonlijke verzorging: 280 minuten (van maandag tot en met vrijdag)
- Verpleging: 15 minuten verpleging (van maandag tot en met vrijdag)

Beoordeling:

In het zorgplan is niet te herleiden dat er wordt toegewerkt naar zelfredzaamheid. Er is geen medische onderbouwing van de aangegeven rugklachten en er is geen sprake van inzet van paramedische zorg om deze klachten eventueel te behandelen of verminderen. Mevrouw ontvangt van maandag tot en met vrijdag zorg van deze zorgaanbieder. Het ontvangen zorgplan is destijds beoordeeld op doelmatigheid waarop de volgende interventies als volgt zijn beoordeeld:

- ADL zorg: 1 x daags ochtend 25 minuten ochtend zorg per dag van maandag tot het met vrijdag, persoonlijke verzorging
- Coördinatie van zorg en rouwbegeleiding en pijnmeting 140 minuten per week, verpleging. (...)"

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

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In de brief van verweerder d.d. 28 april 2022 wordt aangegeven dat € 14.286,72 van het totale gedeclareerde bedrag € 15.756,56 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. De brief van verweerder d.d. 7 juli 2022 geeft daar echter nog steeds niet voldoende duidelijkheid over. 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 de afgewezen declaraties alsnog te vergoeden. Het is onduidelijk welke geïndiceerde zorghandelingen het precies betreft.

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 indicerende wijkverpleegkundige die de indicatie stelt om vast te stellen hoeveel tijd er voor het uitvoeren van een handeling nodig is, mocht verweerder hiervan af willen wijken dan dient dit in overleg met de indicerende 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.

Het advies

Het Zorginstituut beschikt over onvoldoende informatie en kan geen advies uitbrengen in dit geschil. (...)"

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de afgewezen declaraties met betrekking tot in 2018 aan haar door de thuisorganisatie verleende zorg alsnog volledig te 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. 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 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 een tijd geleden ervan op de hoogte is gesteld dat de declaraties van de door haar ontvangen thuiszorg in het jaar 2018 niet volledig zijn uitbetaald. De zorg is echter wel aan haar verleend, en zij heeft deze altijd als prettig ervaren. Vóór 2018 en ook daarna waren hiermee geen problemen en verliep alles uiteindelijk goed. De ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder hebben onderhandeld over de indicatie, met name met betrekking tot de tijd die nodig was om verzoekster te verzorgen. Hierbij is het echter niet tot een akkoord gekomen. De indicierend wijkverpleegkundige heeft de indicatie niet aangepast en heeft ook niet ingestemd met de aanpassing hiervan door de ziektekostenverzekeraar. Een van de redenen hiervoor was dat de ziektekostenverzekeraar alleen afging op de gedeclareerde tijd van een andere organisatie, die bij verzoekster betrokken was nadat zij een maagverkleining had ondergaan en 80 kilo was afgevallen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster nooit bezocht, en kan dan ook geen oordeel vellen over het aantal minuten zorg dat nodig was in 2018. Daarnaast heeft het gesprek tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden in december 2019, en is de zorg aan verzoekster verleend tot november 2018. Wat precies de oorzaken waren van haar aandoeningen, zou moeten losstaan van de destijds benodigde zorg. Tot slot gaat de ziektekostenverzekeraar steeds uit van een verkeerde indicatiesteller, hoewel hij hierop meermalen is geweest.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 juli 2021 aan verzoekster geschreven dat hij de declaraties van de thuiszorgorganisatie heeft afgewezen omdat die, na onderzoek, niet doelmatig en rechtmatig bleken. Hij heeft aangevoerd dat uit het opgestelde zorgplan blijkt dat de ingezette zorg niet doelmatig was. Er is te weinig gedaan om de zelfredzaamheid van verzoekster te bevorderen. Ook had de ziektekostenverzekeraar het vermoeden dat de zorgbehoefte enkel voortkomt uit een psychosociale aandoening. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 9 december 2019 van de thuiszorgorganisatie vernomen dat verzoekster door haar trauma

lijfelijk ziek wordt. De psychiater biedt hiervoor ondersteuning. Verder heeft verzoekster volgens de thuiszorgorganisatie een lekkage in de darmen, een ontsteking, een stoma en heeft zij last van schouderpijn en rugklachten. Voor dit laatste zou fysiotherapie zijn ingezet. Volgens de thuiszorgorganisatie was alles gediagnosticeerd door de huisarts. Verzoekster zou veel op bed liggen omdat zij last heeft van overgewicht. Op basis van deze informatie is de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt gebleven. Wel is besloten in het kader van de onderhandelingen met de thuiszorgorganisatie onverplicht een bedrag van € 14.286,72 te vergoeden. Deze vergoeding staat los van de onderhavige procedure. De schikking ziet op een toekenning van 120 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 140 minuten Verpleging per week.

In het kader van deze procedure heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 april 2022 uiteengezet dat hij op 16 augustus 2018 de thuiszorgorganisatie de kans heeft gegeven het zorgplan voor verzoekster aan te passen. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het zorgplan beoordeeld en op 9 december 2019 besproken met de directeur van de thuiszorgorganisatie en de indicierend wijkverpleegkundige. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat de declaraties van verzoekster gedeeltelijk zijn afgewezen, omdat hij de aanspraak op wijkverpleging op grond van artikel 2.4 Bzv niet heeft kunnen vaststellen vanwege het ontbreken van een juiste indicatiestelling en een zorgplan dat voldoet aan het normenkader van de beroepsgroep V&VN en het ontbreken van de geneeskundige context in relatie tot de geïndiceerde zorg. Deze onderbouwing is op 9 december 2019 besproken met de directeur van de thuiszorgorganisatie en de indicierend wijkverpleegkundige. Tijdens dat gesprek is besproken dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de zorg waarschijnlijk wel zou vergoeden, mits de thuiszorgorganisatie daarvoor nieuwe aangepaste declaraties zou indienen.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie stelt voorop dat zij niet kan treden in de relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de thuiszorginstelling. De procedure bij de rechtbank Gelderland, alsmede de in dat kader tussen de ziektekostenverzekeraar en de thuiszorginstelling gemaakte afspraken, die aanleiding zijn geweest voor verzoekster om de kwestie aan de commissie voor te leggen, vallen daarmee buiten het beoordelingskader van de commissie.
- Het staat vast dat de thuiszorgorganisatie in 2018 rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declaraties heeft ingediend voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Aanvankelijk werd hiervan, na een onderzoek, niets vergoed. Nadien is alsnog besloten een bedrag van € 14.268,72 aan de thuiszorginstelling te vergoeden. Naar de commissie begrijpt, ging het om een openstaand bedrag van totaal € 15.756,56. 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 € 1.487,84. 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 indicierend 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 en/of de indicierend wijkverpleegkundige zijn gedeeld. Zij zijn dan ook niet in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Evenmin is gebleken dat daadwerkelijk afspraken zijn gemaakt, dan wel dat partijen tot overeenstemming zijn gekomen 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, ook in de onderhavige procedure niet heeft onderbouwd welke zorghandelingen 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 gereed voor toewijzing, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken. Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ook het resterende bedrag van € 1.487,84 voor de door verzoekster genoten zorg in natura te vergoeden.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden een bedrag van € 1.487,84 voor de door verzoeker genoten zorg in natura te vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet voldoen.

Zeist, 18 november 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 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.

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.