



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Verpleging en verzorging, indicatie, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020
Zaaknummer : 202000776
Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 20 maart 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Met de brieven van 12 april 2020 en 24 april 2020 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie nader gemotiveerd.
- 2.2. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar per brief van 14 mei 2020 in de gelegenheid gesteld binnen 4 weken schriftelijk op het geschil te reageren. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie uitstel gegeven tot 24 juni 2020 voor het geven van een reactie. Nadat op 30 juni 2020 nog geen reactie was ontvangen, heeft de commissie aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de schriftelijke behandeling van het verzoek is afgerond en dat de procedure werd voortgezet.
- 2.3. Op 21 augustus 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020031291) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 29 augustus 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 september 2020 per brief op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van deze brief is op 11 september 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.5. Verzoeker heeft op 21 juli 2020 op het daarvoor bestemde antwoordformulier aangegeven dat hij afziet van de mogelijkheid om te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar is op 23 september 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 26 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie is op 27 oktober 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2020 per e-mail meegedeeld dat hij van deze gelegenheid geen gebruik zal maken. Verzoeker heeft per e-mail op 20 november 2020 gereageerd en aanvullende informatie aangeleverd. Een afschrift hiervan is op 25 november 2020 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 500 (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft de in de maanden november 2019 tot en met januari 2020 persoonlijke verzorging ontvangen van een niet-gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Deze thuiszorgorganisatie heeft een drietal facturen opgesteld:
- Een factuur van € 1.509,72 d.d. 3 december 2019 voor 36 uren en 37 minuten persoonlijke verzorging in de maand november 2019.
 - Een factuur van € 1.157,77 d.d. 2 januari 2020 voor 28 uren en 50 minuten persoonlijke verzorging in de maand december 2019.
 - Een factuur van € 1.373,77 d.d. 3 februari 2020 voor 33 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging in de maand januari 2020.

Verzoeker heeft bovenstaande facturen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker in verschillende brieven meegedeeld dat de gedeclareerde kosten niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar per brief van 29 januari 2020 om heroverweging van zijn afwijzende beslissingen gevraagd. Verzoeker heeft hierop geen reactie mogen ontvangen.
- 3.5. Ten behoeve van verzoeker is op 3 januari 2020 een aanvraag ingediend voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen. Op 3 februari 2020 heeft de indicerende wijkverpleegkundige namens verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd deze beslissing te heroverwegen. Op 11 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de wijkverpleegkundige meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Ten behoeve van verzoeker is een tweede aanvraag voor niet-gecontracteerde wijkverpleging ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze is op 30 maart 2020 door hem ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 april 2020 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag niet in behandeling kan worden genomen, omdat een zorgplan dat voldoet aan de normen die de beroepsgroep hieraan heeft gesteld ontbreekt.
- 3.7. Op 21 augustus 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet tot een oordeel komen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en of deze samenhangt met 'behoefte aan geneeskundige zorg'. De beperkingen en mogelijkheden van verzoeker zijn onvoldoende inzichtelijk gemaakt. De onderbouwing van de zorg schiet te kort, de geneeskundige context bij bepaalde geïndiceerde zorg ontbreekt of dient duidelijker geformuleerd te worden. Bijvoorbeeld de zorg die geïndiceerd is met betrekking tot de maaltijdondersteuning, het aanreiken van de medicatie en de ADL-zorg. Daarnaast is niet duidelijk hoeveel tijd er voor welke zorg geïndiceerd is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De beperkingen van verzoeker, de zorg, de geneeskundige context van geïndiceerde zorg en de tijdsindicatie dienen beter onderbouwd te worden.

Het advies

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

- 3.8. Op 26 oktober 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Het geschil betreft de geleverde verpleging en verzorging in november 2019, december 2019 en januari 2020. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat niet geconcludeerd kan worden dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De beperkingen van verzoeker, de zorg, de geneeskundige context van geïndiceerde zorg en de tijdsindicatie dienen beter onderbouwd te worden.

De aanvullende stukken bevatten geen nadere onderbouwing door de indicierend wijkverpleegkundige voor de geleverde zorg in de maanden november en december 2019. Voor de geleverde zorg in januari 2020 zijn tijdsindicaties toegevoegd aan het zorgplan geldig van 31 december 2019 tot en met dinsdag 30 juni 2020. Het zorgplan is verder niet nader onderbouwd. De beperkingen van verzoeker, de zorg, en de geneeskundige context van geïndiceerde zorg zijn daarom nog steeds onduidelijk. Daarnaast merkt het Zorginstituut op dat de zorg met betrekking tot het aanbrengen van het CPAP masker en braces twee keer geïndiceerd is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onvoldoende aangetoond dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de geleverde zorg in november 2019, december 2019 en januari 2020 ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar de facturen waarmee de persoonlijke verzorging voor de maanden november 2019 tot en met januari 2020 in rekening is gebracht, moet voldoen;
(ii) de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvragen voor niet-gecontracteerde wijkverpleging moet goedkeuren;
(iii) de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk is voor de schade die hij heeft geleden.

- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.


6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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.



Zorgverzekering


- 6.2. Op pagina 48 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden (2019) is vermeld wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op vergoeding van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. In de voorwaarden is onder andere bepaald dat de verzekerde in het bezit moet zijn van een verpleegkundige indicatie en een zorgplan die zijn opgesteld volgens de normen van de beroepsgroep. Verder is in de voorwaarden opgenomen dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist als de zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bepalingen van een gelijke strekking zijn opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van 2020.
- 6.3. De commissie stelt vast dat verzoeker zich aanvankelijk heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor het leveren van persoonlijke verzorging in de periode van november 2019 tot en met januari 2020. De zorg wordt vanaf februari 2020 geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder.
- 6.4. Uit de informatie in het dossier volgt dat de ziektekostenverzekeraar niet eerder dan op 3 januari 2020 een aanvraag van verzoeker heeft ontvangen voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. Gelet op de eis van *voorafgaande* toestemming betekent dit dat de zorg die verzoeker vóór 3 januari 2020 heeft afgenomen niet tijdig is aangevraagd zodat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de kosten die hiermee samenhangen te vergoeden.
- 6.5. Voor zover het de zorgkosten betreft die ná 3 januari 2020 zijn gemaakt, overweegt de commissie het volgende. Verpleging en persoonlijke verzorging kunnen onder de dekking van de zorgverzekering vallen als sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context. Dit laatste wil zeggen dat de zorg plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. Het is aan de indicerende wijkverpleegkundige in de aanvraag en/of het zorgplan te onderbouwen dat aan beide punten is voldaan.
Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar op 3 januari 2020 een aanvraag heeft ontvangen ten behoeve van verzoeker, waarbij het hiervoor bedoelde zorgplan ontbrak. Dit zorgplan is vervolgens alsnog aangeleverd. Uit het advies van het Zorginstituut van 21 augustus 2020 volgt dat in dit zorgplan onvoldoende duidelijk naar voren komt of (i) sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) of deze zorg samenhangt met een behoefte aan geneeskundige zorg. De onderbouwing van de zorg schiet tekort en de geneeskundige context bij bepaalde geïndiceerde zorg ontbreekt of dient duidelijker geformuleerd te worden. Dit betekent dat de indicatie niet is gesteld volgens de normen die de beroepsgroep hanteert. De commissie onderschrijft de conclusies van het Zorginstituut en merkt op dat het op de weg van verzoeker had gelegen tijdig een deugdelijke aanvraag in te dienen, aangezien hij aanspraak wenst te maken op de genoemde zorg. Dit heeft hij niet gedaan. Daarnaast heeft verzoeker ook in de onderhavige procedure de geconstateerde tekortkomingen niet weten te herstellen.
De ziektekostenverzekeraar hoeft op basis van de aanvraag die op 3 januari 2020 ten behoeve van verzoeker is ingediend en het zorgplan dat is nagezonden geen machtiging te verstrekken voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. Hij hoeft de in dit verband gemaakte kosten door verzoeker in januari 2020 evenmin te vergoeden. Als gezegd, maakt verzoeker vanaf februari 2020 gebruik van gecontracteerde zorg. De aanspraak op deze zorg is niet in geschil.
- 6.6. Voor de volledigheid merkt de commissie nog op dat door een wetswijziging verpleging en verzorging met ingang van 1 januari 2015 zijn overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw. Sindsdien gelden andere voorwaarden om voor vergoeding van deze zorg in aanmerking te komen, waaronder de voorwaarde dat een indicatie moet zijn gesteld door een wijkverpleegkundige niveau 5. Anders dan verzoeker veronderstelt, was de indicatie die in 2013 door het CIZ zijn gesteld in 2019 en 2020 niet aan te merken als geldende indicatie op grond van de Zvw en kon op grond hiervan geen aanspraak worden gemaakt op verpleging en verzorging.



Aanvullende ziektekostenverzekering

-  6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verpleging en verzorging.

Schadevergoeding

-  6.8. De commissie kan op grond van artikel 15 van het reglement beslissen een schadevergoeding toe te kennen voor materiële schade. Daarvoor geldt dat de geleden schade een gevolg moet zijn van verwijtbaar handelen door de ziektekostenverzekeraar. Zoals hiervoor is overwogen is van dit laatste geen sprake, zodat evenmin aanleiding bestaat een schadevergoeding toe te kennen.
-  6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

-  7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 november 2020,



L. Ritzema

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.

- Indien Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ- of Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige zorg)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en
- c. geen kraamzorg betreft.

U heeft ook recht op vergoeding van kosten van verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kinderczorghuizen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of er vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging als u vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging geïndiceerd hebt gekregen of als de persoonlijke verzorging onderdeel is van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO).

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert. U kunt ook naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor zzp-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zzp-ers in Zorg & Welzijn.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van

verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Toestemming

Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur over de mogelijkheden op 088 222 42 42.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement en op menzis.nl.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.