

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ Groep U.A., beide te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige, AGB-code

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101883

Zittingsdatum : 7 september 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 9 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 2 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 13 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 mei 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 september 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gezinnen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster nam al enige tijd zorg af van een thuiszorgorganisatie. Op 23 december 2020 ontving zij van de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring voor zorg in natura voor het jaar 2021, met een looptijd van 1 januari tot en met 23 augustus 2021. Met ingang van 15 februari 2021 is zij gewisseld van zorgaanbieder. De facturen van deze organisatie heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze werden evenwel keer op keer door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 augustus 2021 aan de zorgaanbieder heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Het geschil**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de facturen van verpleging en verzorging vanaf 15 februari 2021 alsnog moet vergoeden, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- 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. Dit blijkt uit artikel A.22. 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 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring heeft afgegeven voor zorg in natura voor het jaar 2021. Het was verzoekster niet duidelijk dat deze zorg niet bij een instelling voor persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) mocht worden ingekocht. De stichting waar verzoekster de zorg vanaf 15 februari 2021 afneemt, heeft weliswaar de kwalificaties in huis, maar verleent de zorg via een PGB vv. De nota's zijn gedeclareerd, en hierop volgde een afwijzing. De ziektekostenverzekeraar deelde mee dat nota's voor zorg in natura (ZIN) niet worden gehonoreerd. De kwalificaties en AGB-codes zijn hierop gecontroleerd, en in Vektis hersteld. Aan de ziektekostenverzekeraar is verzocht de indicatie om te zetten naar een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop de daartoe benodigde formulieren gestuurd, waarvan deel 2 is ingevuld en ingezonden. Ook hierna zijn de nota's niet vergoed. Op 18 augustus 2021 heeft verzoekster besloten de zorgverlening bij deze instelling te stoppen. Verzoekster is van mening dat een PGB-instelling net als een instelling voor ZIN kwalitatief goede en doelmatige zorg levert. Ook moet er een wijkverpleegkundige niveau 5 actief zijn. De beoordeling van beide zorgvormen door de ziektekostenverzekeraar zou daarom gelijk moeten zijn. De betrokken wijkverpleegkundige houdt wekelijks met behulp van beeldbellen de situatie bij. De instelling voldoet hiermee aan alle gestelde voorwaarden.

6.3. Ter zitting heeft verzoekster nog aangevoerd dat van de ziektekostenverzekeraar een pakket is ontvangen om een PGB vv aan te vragen. Dit is ook gebeurd in november 2021, maar hierop kwam pas in april 2022 een reactie. Verzoekster krijgt nu geen zorg, en de zorgaanbieder heeft hierdoor schulden gekregen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat voor het jaar 2021 een akkoordverklaring is gegeven voor ZIN bij een andere zorgaanbieder. De nota's die na 15 februari 2021 zijn ontvangen van de nieuwe zorgaanbieder, zijn afgewezen. De reden is dat de zorgverlener de juiste kwalificatie mist om ZIN te mogen verlenen. Later werden de nota's nogmaals ontvangen met daarbij een declaratieformulier PGB vv. Omdat geen PGB vv werd aangevraagd en toegekend, kunnen de facturen ook niet langs die weg worden vergoed. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar twijfels over de verbondenheid van de wijkverpleegkundige aan de

stichting die de zorg aan verzoekster verleent. De wijkverpleegkundige verleende alleen zorg via een PGB vv. Sinds 1 september 2021 heeft zij ook een kwalificatie voor ZIN. Verzoekster heeft geen nota's van na deze datum gedeclareerd. Deze wijkverpleegkundige woont overigens ver van de stichting die de zorg verleent vandaan. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af of sprake was van een duurzaam verband.

- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in artikel B26 van de voorwaarden is geregeld aan welke eisen een wijkverpleegkundige moet voldoen om zorg in natura te mogen verlenen. Hierin is onder andere de eis van de juiste AGB-code vermeld. Voor het PGB vv gelden andere voorwaarden, die zijn vastgelegd in het reglement. Voor een PGB vv is over de periode waarop het geschil betrekking heeft nooit een volledig ingevulde aanvraag ontvangen.

Overwegingen commissie

- 6.6. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B.26. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is onder andere bepaald: *'De zorgverlener die de zorg verleent en declareert, moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener.'* Tussen partijen staat niet ter discussie dat de wijkverpleegkundige die is verbonden aan de zorgaanbieder die de zorg aan verzoekster heeft verleend, tot 1 september 2021 een AGB-code had op basis waarvan zij alleen zorg via een PGB vv mocht verlenen. De akkoordverklaring van 23 december 2020 zag uitsluitend op ZIN, en niet op een PGB vv. De door verzoekster overgelegde nota's dateren van vóór 1 september 2021. Hiermee staat vast dat de wijkverpleegkundige, en daarmee de stichting van waaruit de zorg werd verleend, niet was gekwalificeerd om ZIN aan verzoekster te leveren. De ziektekostenverzekeraar was daarom niet gehouden de facturen voor de aan verzoekster verleende zorg te vergoeden.
- 6.7. Voor zover verzoekster van mening is dat de zorg achteraf kan worden vergoed vanuit een PGB vv, merkt de commissie het volgende op. In een brief van 24 mei 2021 schrijft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar dat zij graag voor een PGB vv in aanmerking wenst te komen. Volgens verzoekster heeft zij hierop formulieren ontvangen, waarvan zij deel 2 heeft teruggestuurd. Nog afgezien van de vraag of de stukken de ziektekostenverzekeraar ook hebben bereikt, moet worden opgemerkt dat een aanvraag voor een PGB vv uit meer moet bestaan dan alleen deel 2 van het aanvraagformulier. De aanvraag voor het PGB vv is bovendien niet voorafgaand aan de zorg gedaan, maar toen de zorg al was gestart. Het voorgaande maakt dat de facturen van de stichting die de zorg heeft verleend, niet door de ziektekostenverzekeraar hoeven te worden vergoed.
- 6.8. Verzoekster heeft nog opgemerkt dat zij er niet over is geïnformeerd dat de akkoordverklaring slechts zag op ZIN, zodat geen zorg mocht worden verleend door een zorgverlener die alleen gekwalificeerd was om zorg vanuit een PGB vv te leveren. De commissie kan deze stelling van verzoekster niet volgen. De voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn duidelijk over het onderscheid tussen ZIN en een PGB vv en de hieraan verbonden voorwaarden. Het lag op de weg van verzoekster zich hiervan op de hoogte te stellen. Ook de akkoordverklaring van 23 december 2020 is helder. Hierin is vermeld dat het om een akkoordverklaring wijkverpleging 2021 - en dus niet om een PGB vv - gaat. Bovendien wordt hierin vermeld dat de zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleegkundige en over gekwalificeerd personeel.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 september 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

- Er is sprake van een visuele beperking (volgens de NOG-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
 - een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
 - een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
 - een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.
- Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
 - het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
 - als het drempelverlies groter is dan 25 dB.
- Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:
 - de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
 - de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.
- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden.

Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.
- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eeindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.

Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de

NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wijkverpleging is voor alle leeftijden en omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De

verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is aangesloten bij het netwerk (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis) dat in de omgeving van verzekerde zorg en ondersteuning organiseert en continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Bij de indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.

De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. Dit moet de indicatiesteller vastleggen in een zorgplan. Het zorgplan en de indicatie moeten voldoen aan de 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.

Wij bepalen aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor zorg in natura of een pgb-verpleging en verzorging (vv).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring van ons is niet nodig als u naar een zorgverlener die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd. De zorgverlener beoordeelt dan namens ons of de zorg valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als wij hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met huisartsenzorg. Het verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar huis. De verwachting is dat terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf;

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerste lijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische di-

agnostiek, herstelzorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

De zorg is in beginsel gericht op terugkeer naar huis binnen 3 maanden (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase). Deze periode van opname is in het algemeen voldoende. Als een langer verblijf nodig blijkt, moet in het zorgplan worden onderbouwd waarom dit nodig is, en wat het doel is van de verlengde opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
 - 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 wordt dan betaald vanuit de Wlz;
 - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in staat is de zorg te leveren, of de zorg alleen kan volhouden als hij/zij een adempauze krijgt. Deze zorg valt onder de Wet Maatschappelijke ondersteuning. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente;
 - u jonger bent dan 18 jaar. De zorg valt dan onder de Jeugdwet. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats in een voor verpleging en persoonlijke verzorging toegelaten instelling conform de WTZi (Wet toelating zorginstellingen) in Nederland die, afhankelijk van welke zorg wordt geleverd, tenminste één medewerker met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 4 of 5" in dienst heeft.

Zorgverlener

Een specialist ouderenzorg en/of arts verstandelijk gehandicapten verlenen de geneeskundige zorg in samenwerking en/of afstemming met de