

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv
Zaaknummer : 202102086
Zittingsdatum : 21 september 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, 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 2 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 28 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brieven van 19 april 2022 en 28 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze brieven zijn op 28 april 2022 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 11 mei 2022 - die door de commissie werd ontvangen op 25 mei 2022 - heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 3 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 20 juni 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022022826) de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. Een kopie van deze brief is op 21 juni 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben bij brief van respectievelijk 4 juli 2022 en 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn 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 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. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond 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 om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker ontving in 2018 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 niet rechtmatig en doelmatig was. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop besloten de volledige 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 verzoeker. 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 verzoeker, zelf een klacht hierover zouden indienen bij de SKGZ. Bij brief van 15 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker gevraagd de kwestie voor te leggen aan de commissie. Verzoeker heeft de commissie hierop verzocht een bindend advies uit te brengen.
- 3.4. Bij brief van 20 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. 28 april 2022 wordt enkel aangegeven dat € 18.018,- van het totale gedeclareerde bedrag (€ 22.336,80) is vergoed. De zorg die vergoed is door verweerder kan geen onderdeel zijn van het geschil. Verzoeker 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 hem is geleverd. Echter is onduidelijk welke zorg niet is vergoed door verweerder.

Nader onderzoek

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

- 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:

(...)

Schikkingsbedrag

Voor [verzoeker] hebben wij een aanvraag ontvangen voor 80 minuten zorg per dag. Wij hebben bij de schikking aangegeven bereid te zijn om akkoord te gaan met 55 minuten zorg per dag wat neerkomt op een vergoeding van € 18.018,-. Meer zorg dan de aangeboden 55 minuten vinden wij niet doelmatig en hebben wij afgewezen. Het zorgplan wat wij ontvangen hebben dateert van

30 augustus 2017. Dit zorgplan voldoet niet aan het normenkader V&VN en is niet navolgbaar. In de schikking zijn wij akkoord gegaan met:

- Persoonlijke verzorging : 11 eenheden = 55 minuten per dag
- Verpleging: n.v.t.

De indicatie vanuit het aangeleverde zorgplan:

- Persoonlijke verzorging: 35 momenten per week: 5x per dag: totaal 560 minuten per week = 80 minuten per dag
- Verpleging: n.v.t.

Beoordeling:

Er lijkt sprake te zijn van met name psychiatrische problematiek waardoor mogelijk verkeerd domein van toepassing zou kunnen zijn. De heer gaat 3 dagdelen per week naar de dagopvang. Het ontvangen zorgplan is destijds beoordeeld op doelmatigheid waarop de volgende interventies als volgt zijn beoordeeld:

- ADL zorg: ochtendzorg 35 minuten, avondzorg 20 minuten. (TEK aan- en uittrekken, tot 9 februari 2017, daarna geen TEK gedragen). Dit is inclusief medicatie in de avond, (ochtendmedicatie door netwerk) (...)"

- 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. 28 april 2022 wordt aangegeven dat € 18.018,- van het totale gedeclareerde bedrag (€ 22.336,80) is vergoed. 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. Verzoeker 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 hem is geleverd. Het is echter onduidelijk voor welke geïndiceerde zorghandelingen verzoeker geen vergoeding heeft gekregen.

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. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aan hem in 2018 geleverde Persoonlijke Verzorging 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 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 verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij in de jaren 2017, 2018 en 2019 een indicatie had voor Persoonlijke Verzorging en dat op basis hiervan zorg aan hem is verleend door een thuiszorgorganisatie. De hiermee samenhangende kosten zijn in de jaren 2017 en 2019 door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De ziektekostenverzekeraar weigert echter de zorgkosten die in 2018 zijn gemaakt volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar is namelijk van mening dat er teveel uren zijn geïndiceerd. Daarmee stelt de ziektekostenverzekeraar het oordeel van zijn adviserend verpleegkundige ten onrechte boven dat van de indicerende wijkverpleegkundige. Verder wijst verzoeker erop dat de ziektekostenverzekeraar geen contact heeft gehad met de indicerende wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie. Evenmin hebben de indicerende wijkverpleegkundige en/of de thuiszorgorganisatie ingestemd met verlaging met de gestelde indicatie. Verzoeker is daarom van mening dat de aan hem geleverde zorg, overeenkomstig de gestelde indicatie, moet worden vergoed.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij, op basis van een onderzoek, niet heeft kunnen vaststellen dat verzoeker in 2018 aanspraak kon maken op Persoonlijke Verzorging zoals geïndiceerd. Op basis van de informatie die destijds is aangeleverd door de thuiszorgorganisatie bleek dat een juiste indicatiestelling ontbrak en dat het zorgplan niet voldeed aan het normenkader van de verpleegkundige beroepsgroep. Daardoor kon de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg niet worden vastgesteld. Hierop heeft op 16 augustus 2018 contact plaatsgevonden met de thuiszorgorganisatie en is deze in de gelegenheid gesteld alsnog een aangepast zorgplan aan te leveren. Op 9 december 2019 is een en ander besproken met medewerkers van de thuiszorgorganisatie en is verklaard dat een deel van de zorg hoogstwaarschijnlijk wordt vergoed als er aangepaste declaraties worden ingediend. Uiteindelijk is de ziektekostenverzekeraar ermee akkoord gegaan 55 minuten Persoonlijke Verzorging per dag te vergoeden, wat neerkomt op een vergoeding van € 18.018,- voor het jaar 2018. Meer zorg vindt de ziektekostenverzekeraar niet doelmatig.

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 verzoeker 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 € 18.018,-

aan de thuiszorgorganisatie te vergoeden. Naar de commissie begrijpt, ging het om een openstaand bedrag van totaal € 22.336,80. 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 € 4.318,80. Voor zover bekend, wordt dit bedrag niet door de thuiszorgorganisatie van verzoeker gevorderd. Omdat dit echter wel zou kunnen, heeft verzoeker 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 verzoeker 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 indicierend 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, 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 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 een bedrag van € 4.318,80 voor de door verzoeker genoten zorg in natura te vergoeden;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet voldoen.

Zeist, 23 november 2022,

A.I.M. van Mierlo

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 cliëntsysteem en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderzorghuis. 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.