

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500057

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als erfgenaam van wijlen C, hierna te noemen: verzekerde,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., te Leiden en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 21 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 27 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 oktober 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Vitaal 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Namens verzekerde is in juli 2024 een aanvraag ingediend voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. Een korte tijd later bleek verzekerde terminaal ziek, waarna een aanvraag voor palliatieve 24/7 zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder werd ingediend. Verzekerde is op 23 juli 2024 overleden.

- 2.3. Bij brief van 15 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat de indicatie voor palliatieve 24/7 zorg niet is gesteld door een HBO-wijkverpleegkundige (niveau 6)
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de palliatieve 24/7 zorg, door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder verleend aan verzekerde, te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar brieven van 3 december 2024, 9 januari 2025 en 13 januari 2025 aangevoerd dat de aanvraag voor palliatieve 24/7 zorg ten behoeve van verzekerde ten onrechte werd afgewezen op de grond dat de indicatie hiervoor niet zou zijn gesteld door een HBO-verpleegkundige (niveau 6). Volgens verzoekster betreft het een BIG-geregistreerde zorgverlener. Deze registratie betekent dat de zorgverlener voldoet aan de wettelijke eisen - zoals het hebben van het juiste diploma - om de beschermde beroepstitel te mogen gebruiken en zelfstandig het beroep te mogen uitvoeren. Daarnaast heeft de zorgverlener een AGB-registratie, waarbij staat geregistreerd: *'Verpleegkundige niveau 6 of hoger 9110 en Verpleegkundige niveau 6 PGB 9113'*. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de aanvraag niet compleet was, omdat het diploma van de zorgverlener in kwestie niet was bijgevoegd. Verzoekster heeft verklaard dat de zorgverlener het diploma niet meer in haar bezit heeft. Het ontbreken van een kopie van het diploma bij de aanvraag zou volgens verzoekster geen probleem moeten zijn, gelet op de BIG- en AGB-registratie.
- 3.3. Verder merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar de factuur voor de indicatiestelling wel heeft vergoed, terwijl hij het standpunt heeft ingenomen dat de indicatie is gesteld door een daartoe onbevoegd persoon.
- 3.4. Verzoekster heeft verklaard dat zij de brief van 15 juli 2024, waarmee de aanvraag werd afgewezen, eerder over het hoofd heeft gezien. Verzekerde was stervende en is op 23 juli 2024 overleden. Pas bij het indienen van de declaraties, in oktober 2024, is zij erachter gekomen dat de aanvraag al eerder was afgewezen. Echter, ook als zij de afwijzing direct had gezien, dan had de palliatieve 24/7 zorg alsnog door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder moeten worden geleverd. Verzoekster heeft namelijk telefonisch contact gehad met verschillende zorgaanbieders, maar geen van de zorgaanbieders kon de benodigde terminale zorg verlenen. Er was destijds acuut zorg nodig. Verzoekster heeft bij haar brief de BIG-registratie, een kopie van de factuur, kopieën van het declaratieoverzicht, en een verklaring van erfrecht overgelegd.
- 3.5. In haar e-mailberichten van 21 mei 2025, 26 september 2025 en 30 september 2025 heeft verzoekster verwezen naar een verklaring van de zorgverlener, waarin wordt toegelicht waarom een (HBO-)diploma niet in afschrift kan worden overgelegd. De zorgverlener is namelijk afgestudeerd vóór er sprake was van een HBO-diploma en vóór de inwerkingtreding van de Bachelor/Master structuur. In haar tijd ontving zij een vakdiploma (opgeleid door de nonnen). De indicatiesteller behoort tot een groep ouderen die niet aan de eis van het overleggen van een (HBO-)diploma kunnen voldoen. Ook heeft betrokkene meegedeeld dat zij in 2018 aan de ziektekostenverzekeraar heeft doorgegeven dat haar woning is afgebrand en dat haar diploma nergens meer is op te vragen. De nonnen hebben de diploma's namelijk niet overgedragen aan de archiverende instantie, en het ziekenhuis waar zij door de nonnen is opgeleid, is intussen opgeheven. Verzoekster heeft verder verklaard dat de ziektekostenverzekeraar in een ander geval

de factuur van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder wel heeft vergoed. Ook heeft zij kopieën overgelegd van de AGB- en BIG-registratie van de indicatiesteller, een uitsluiting uit het strafregister, een uittreksel van de KvK en een certificaat van de kwalificatie.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat verzekerde zelfstandig woonde, maar dat haar gezondheid op enig moment snel slechter werd en er thuiszorg moest komen. Na contact met verschillende gecontracteerde partijen van de ziektekostenverzekeraar kon zij geen organisatie vinden die voldoende thuiszorg kon leveren. Zij heeft met vier organisaties contact gehad en drie daarvan konden geen enkele zorg leveren in verband met een personeelstekort. Eén daarvan kon eenmaal per week verzekerde wassen. Daarmee is in ieder geval gestart. De zorg was net geregeld, toen bleek dat verzekerde stervende was. Het was volgens de huisarts onverantwoord verzekerde over te plaatsen naar een hospice en daarom moest er palliatieve thuiszorg worden geregeld. Van de gecontracteerde zorgaanbieders had verzoekster niets meer gehoord. Via de huisarts is zij in contact gekomen met de indicierend verpleegkundige. Zij kon aantonen dat ze BIG-geregistreerd is en vaker indicatiestellingen deed. De eerste afwijzing van de aanvraag voor thuiszorg heeft verzoekster niet opgemerkt, omdat de indicierend verpleegkundige haar vertelde dat de nieuwe aanvraag voor palliatieve zorg in de plaats zou komen van de eerdere aanvraag voor thuiszorg. Zij heeft daarom niet nagevraagd wat de status was van de eerdere aanvraag. Verzoekster heeft opgemerkt dat zij van de ziektekostenverzekeraar een handreiking had verwacht toen de aanvraag werd afgewezen. Kennelijk speelt al jaren enige problematiek met deze indicierend verpleegkundige, zodat de handreiking had kunnen bestaan uit een telefonische afwijzing en een toelichting in plaats van alleen een brief. Verzoekster vindt het onredelijk dat de aanvraag is afgewezen, omdat de indicatie van de huisarts voldoende moet zijn. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft verzoekster bevestigd dat de indicierend verpleegkundige ook de zorg heeft geleverd. Als verzoekster had geweten dat zij een andere indicierend verpleegkundige had kunnen vragen, terwijl deze verpleegkundige de zorg zou leveren, dan had zij dat gedaan.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 15 juli 2024 aan verzoekster meegedeeld dat de indicatie voor palliatieve 24/7 zorg ten behoeve van verzekerde niet is gesteld door een HBO-verpleegkundige (niveau 6). Deze zorgverlener mag geen aanvragen hiervoor indiceren, omdat zij niet kan aantonen dat zij de juiste diploma's heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verwezen naar zijn website voor het zoeken naar indicierend verpleegkundigen die hierover wel beschikken.
- 4.2. In zijn brief van 8 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de indicatiesteller wist dat er geen aanvragen van haar worden behandeld en toch heeft zij een indicatie gesteld en zelf zorg geleverd. Tijdens de behandeling van de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig meegedeeld dat er geen indicaties, gesteld door deze zorgverlener worden geaccepteerd.
- 4.3. In zijn brief van 19 maart 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op grond van artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering geen recht op vergoeding bestaat. Volgens de Aanvullende voorwaarde op pagina 52 is bij een aanvraag voor niet-gecontracteerde wijkverpleging een diploma vereist. Een AGB-registratie is niet voldoende. Omdat het diploma van de indicatiesteller ontbrak, vond er geen zorginhoudelijke beoordeling van de aanvraag plaats. Het al dan niet beschikbaar zijn van gecontracteerde zorg is door verzoekster ten tijde van de aanvraag niet ter sprake gebracht. In deze context is de beschikbaarheid van gecontracteerde zorg ook niet relevant. Het recht op vergoeding is niet vastgesteld, vanwege het ontbreken van een diploma van de indicatiesteller. Dit is binnen een redelijke termijn aan verzoekster meegedeeld.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 oktober 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat uit de BIG- en AGB-registratie blijkt dat de zorgverlener beschikt over niveau 6. De indicatie moet echter zijn gesteld volgens de normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het 'Begrippenkader Indicatieproces'. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat sinds de vaststelling van het normenkader in 2014 hierin wijzigingen zijn gerealiseerd. Bovendien dient bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vooraf toestemming te worden gevraagd. Bij een machtigingsaanvraag moeten de indicatie, het zorgplan en het diploma worden meegestuurd.
- 4.5. Op 6 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een eerste machtigingsaanvraag van verzoekster ontvangen voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. Bij deze aanvraag was geen diploma van de indicatiesteller gevoegd. Bij brief van 11 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag afgewezen. De afwijzing is zowel aan verzekerde als aan de indicatiesteller gestuurd. Op 14 juli 2024 is een nieuwe aanvraag ontvangen, nu voor palliatieve 24/7 terminale zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De indicatie hiervoor bleek gesteld door dezelfde zorgverlener en wederom was geen diploma meegestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag om die reden bij brief van 15 juli 2024 afgewezen.
- 4.6. Verzoekster heeft diverse stukken overgelegd waaruit volgens haar blijkt dat de indicatiesteller beschikt over niveau 6. De ziektekostenverzekeraar heeft benadrukt dat ten tijde van de beide aanvragen in juli 2024 een BIG-registratie geen vereiste was volgens norm 2 van het normenkader. Op dat moment waren uitsluitend vereist een HBO-V diploma, een masterdiploma, een A-opleiding met de wijkaantekening, opname in het deskundigheidsgebied wijkverpleegkundige in het kwaliteitsregister V&V of een relevante verpleegkundige vervolgopleiding via het CZO die is ingeschaald in schaal 6 van het NLQF. Inmiddels is de BIG-registratie na de herijking van het normenkader in december 2024 wél opgenomen in norm 2, maar als een deelvoorwaarde. Verpleegkundigen zijn geregistreerd in het BIG-register en mogen daardoor de beschermde titel 'verpleegkundige' voeren. Het opleidingsniveau is weliswaar relevant voor toelating tot het BIG-register, maar wordt niet zichtbaar gemaakt in de registratie zelf. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen MBO, HBO of Master verpleegkundigen in het BIG-register.
- 4.7. Ten aanzien van het AGB-register heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat ook deze registratie geen voorwaarde is volgens norm 2 van het normenkader. Het AGB-register is een landelijke database waarin de gegevens van zorgaanbieders in Nederland zijn vastgelegd en gecodeerd. Een AGB-code wordt afgegeven op grond van de inschrijving in het BIG-register of een ander relevant beroepsregister. Op basis van de AGB-registratie kan niet worden vastgesteld of de indicatiesteller het vereiste opleidingsniveau heeft.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster verschillende stukken heeft overgelegd, waaruit in haar optiek het opleidingsniveau van de indicatiesteller voldoende blijkt. Deze stukken zijn volgens de ziektekostenverzekeraar evenwel geen vereisten volgens norm 2 van het normenkader. Bovendien blijkt uit de stukken niet of de indicierend verpleegkundige het juiste opleidingsniveau heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat verzoekster een digitaal document 'Vakdiploma Bewijs van diploma' geldig van 10 mei 1974 zou hebben overgelegd, maar dat dit stuk niet in het dossier aanwezig is. Ook de overige stukken, zoals het uittreksel uit het Belgisch strafregister, KvK-uittreksel, bewijs van lidmaatschap van de beroepsorganisatie en een certificaat zijn geen vereisten volgens norm 2 van het normenkader van de beroepsgroep. Bovendien blijkt het opleidingsniveau van de indicierend verpleegkundige hieruit niet.
- 4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat de toestemming die is verstrekt aan een andere verzekerde niet ziet op een indicatie die is gesteld door de zorgverlener in het onderhavige geschil.

- 4.10. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat er begrip is voor de situatie waarin verzoekster zich bevond. Het is ook van belang te verduidelijken dat het ten eerste gaat over het afnemen van zorg. De zorg mag geleverd worden door een verpleegkundige met niveau 3. Ten tweede gaat het om het stellen van de indicatie. Dit mag alleen worden gedaan door een verpleegkundige met een HBO (niveau 6) kwalificatie. De indicerende verpleegkundige die bij verzekerde is geweest had de zorg mogen leveren, maar de indicatie niet mogen stellen. Dit is om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en te voldoen aan de normen en eisen van de beroepsgroep wijkverpleging. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in de laatste brief van verzoekster is meegedeeld dat de indicerende verpleegkundige zou hebben verteld dat het indicerend geen enkel probleem zou zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat er sinds 2019 een discussie gaande is met deze verpleegkundige over haar kwalificaties. Hij vindt het kwalijk dat de indicerende verpleegkundige de indruk heeft gewekt dat de ziektekostenverzekeraar haar indicatie zou accepteren. Daarnaast is de eerste afwijzing voor thuiszorg zowel aan verzoekster als de verpleegkundige gestuurd. Toch heeft de verpleegkundige de indicatie gesteld voor palliatieve zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat verzoekster niet de enige is die hierdoor in de knel is gekomen. Er is regelmatig overwogen hoe verzekerden tegemoet kunnen worden gekomen. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat als één verzekerde een toewijzing krijgt, dat voor anderen ook moet gelden. Hiermee worden de wanpraktijken van deze verpleegkundige niet gestopt. Op dit moment vinden en gesprekken plaats met de niet-gecontracteerde zorgorganisatie. Er is besloten nog een verdere actie te ondernemen, omdat eerst moet worden vastgesteld wat haar werkelijke kwalificaties zijn. De gesprekken lopen vast, omdat de verpleegkundige vasthoudt aan dat zij de juiste papieren heeft. Dat moet echter aantoonbaar zijn. Aan de verpleegkundige is meegedeeld dat het DUO ook vervangende diploma's afgeeft en dat het op haar weg ligt om haar kwalificatie aantoonbaar te maken. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat als uit de gesprekken met de verpleegkundige blijkt dat zij wel gekwalificeerd was voor de indicatiestelling, alsnog kan worden vergoed.
- Daarnaar gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het erop lijkt dat de huisarts heeft verwezen naar deze verpleegkundige voor het leveren van zorg, omdat er genoeg capaciteit was. Er lijkt niet te zijn verwezen voor een indicatiestelling.
- De ziektekostenverzekeraar heeft tot slot opgemerkt dat inderdaad niet actief telefonisch contact met verzekerde of verzoekster is opgenomen, maar dat in de brief wel is uitgelegd waarom de aanvraag werd afgewezen en dat contact kon worden opgenomen.

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 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

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.
- 6.2. Op grond van artikel 2.10 Bzv bestaat aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg, niet gepaard gaat met

verblijf en geen kraamzorg betreft. Artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. In dit artikel zijn nadere voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving opgenomen.

- 6.3. Zo dient een verzekerde, ouder dan 18 jaren, in het bezit te zijn van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie. Deze indicatie moet, conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zijn opgesteld in aanwezigheid van de verzekerde. Verder is bepaald dat wanneer er gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een lagere vergoeding wordt betaald en dat er aanvullende voorwaarden gelden. In dat geval moet vooraf toestemming worden gevraagd, waarbij onder andere het diploma van de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige, die de indicatie heeft gesteld, moet worden overgelegd.
- 6.4. De commissie overweegt dat de aanvraag betrekking heeft op palliatieve 24/7 zorg ten behoeve van verzekerde, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit betekent, gelet op artikel B.26, dat bij de aanvraag het (HBO-)diploma van de indicatiesteller moest worden overgelegd. Het staat vast dat dit niet is gebeurd en dat dit feitelijk ook onmogelijk is. De zorgverlener die de indicatie heeft gesteld, heeft namelijk verklaard een vakdiploma te hebben behaald bij de nonnen, in de periode van vóór er sprake was van een HBO-diploma. Overigens is dit vakdiploma door omstandigheden niet meer beschikbaar.
- 6.5. Volgens verzoekster kan het ontbreken van een (HBO-)diploma haar niet worden tegengeworpen, nu uit de BIG- en AGB-registratie van de zorgverlener blijkt dat deze aan de toepasselijke voorwaarde voldoet. De ziektekostenverzekeraar heeft die stelling gemotiveerd weersproken. De commissie volgt hem hierin. Uit de BIG-registratie blijkt dat iemand bevoegd is de beschermde titel van ‘verpleegkundige’ te voeren en bepaalde – voorbehouden – handelingen te verrichten. De registratie zegt echter niets over het opleidingsniveau, dat kan variëren van MBO tot WO, zodat aan het enkel geregistreerd zijn niet de conclusie kan worden verbonden dat betrokkene een HBO-diploma heeft of een diploma dat hieraan gelijkwaardig is. Ook aan de opname in het AGB-register is die conclusie niet te verbinden.

Verzoekster heeft gesteld dat zij de brief van 15 juli 2024 over het hoofd heeft gezien. Hoewel dit gegeven de omstandigheden te begrijpen is, kan dit geen basis vormen voor de stelling dat de zorg om die reden toch moet worden vergoed door de verzekeraar. Temeer omdat ook al voordat een aanvraag werd gedaan voor palliatieve 24/7 zorg ten behoeve van verzekerde, op 6 juli 2024 ook een aanvraag werd ingediend voor wijkverpleging, waarbij de indicatie werd gesteld door dezelfde zorgverlener, die ook in dat verband het gevraagde diploma niet heeft overgelegd. Hierbij is de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat ook hier een afwijzing op 11 juli 2024 zowel aan verzekerde als aan de zorgverlener is gestuurd. Aan de tweede aanvraag, van 14 juli 2024, kleefde hetzelfde gebrek, zodat al bij het indienen hiervan met een afwijzing op dezelfde grond rekening had kunnen worden gehouden.

Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat vanwege de beperkte beschikbaarheid van gecontracteerde zorgaanbieders, toch bij deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn uitgekomen. De commissie kan deze stelling niet volgen, omdat de veronderstelde beperkte beschikbaarheid nog niets zegt over de aard en omvang van de geïndiceerde zorg. De indicatiestelling van welke zorg nodig is, vormt immers de basis, om vervolgens nader te kijken naar de beschikbaarheid van zorg in de omgeving van de verzekerde.

Tot slot geeft het feit dat de ziektekostenverzekeraar de nota van de indicatiestelling zelf wél heeft vergoed geen aanleiding tot een ander oordeel. De commissie zal in die beslissing niet treden.
- 6.6. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de palliatieve 24/7 zorg ten behoeve van verzekerde, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, aangezien de indicatie hiervoor is gesteld door een indicatiesteller die niet voldoet aan de in de voorwaarden van de zorgverzekering gestelde eis van

overlegging van een HBO-diploma. De kwestie van de ontbrekende toestemming behoeft om die reden geen bespreking.

Slotsom

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 januari 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

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.

B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel [B.15](#), [B.27](#) en [B.28](#) staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

Let op!

Onder voorwaarden is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op!

Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.

Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- a. Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- Een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- De verpleging en verzorging moet worden geleverd door een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger.
- Bij palliatieve terminale zorg heeft de verpleegkundige in het dossier vastgelegd dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Wanneer (gespecialiseerde) verpleging voorbehouden of risicovolle handelingen betreft, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel [B.32](#);
- u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Let op!

Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.

Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.

2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.27 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het verblijf is over het algemeen gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u of uw zorgverlener voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
3. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u of uw zorgverlener dit aanvraagt.
4. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de geldende zorgmodule palliatieve zorg of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
5. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal opleidingsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a. wanneer 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 zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b. wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c. wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.