

Aanleiding

De CCA en CFA hebben vragen gesteld over het afsluiten van een aanvullende verzekering.

Ons kader is het wettelijk kader zoals dat is geformuleerd binnen de WLZ en de zorgverzekeringswet. De wettelijke kaders zijn richtinggevend voor het beleid van Abrona.

De situatie

Het is in Nederland verplicht een basisverzekering af te sluiten.

Het is aan de verzekerde zelf om te besluiten wel of niet een aanvullende verzekering af te sluiten.

Het Zorginstituut schrijft: *“Het Zorginstituut krijgt vaak de vraag of een aanvullende verzekering nodig is. Het Zorginstituut mag alleen uitspraken doen over de Wlz en de Zvw. We kunnen deze vraag dus niet beantwoorden. De cliënt zal dat zelf moeten beslissen. De instelling kan informatie geven over de zorg die de instelling aan de cliënt kan bieden.” (1)*

De uitleg

- Abrona kan als organisatie niet zeggen of iemand aanvullend verzekerd moet zijn, dat is aan de cliënt zelf. Wel kan Abrona uitleg geven over hoe de zorg vanuit de Wlz georganiseerd is.
- Wanneer een cliënt met een indicatie Wet langdurige zorg (Wlz) verblijft inclusief behandeling, vallen veel vergoedingen onder de Wlz. Er kunnen persoonlijke redenen zijn om wel voor een aanvullende verzekering te kiezen, bijvoorbeeld voor hoorapparaten, bril, alternatieve behandelingen en fysiotherapie waar het “algemene paramedische zorg” betreft.
- Mondzorg valt onder de Wlz en daarom is het niet nodig een tandartsverzekering af te sluiten. (2)
- Bij Volledig Pakket Thuis (VPT) inclusief behandeling, zijn de declaraties van huisarts en apotheek voor de basisverzekering en mondzorg voor de aanvullende verzekering en/of cliënt zelf.
- De vergoeding van anticonceptie vanuit de Wlz wordt in Q1 en Q2 uitgezocht; indien dit niet onder de Wlz valt, is dit voor kosten van de cliënten zelf. Binnen de zorgverzekering valt dit onder de aanvullende verzekering.
- Zorg van specialisten (ziekenhuis, kaakchirurg, revalidatiecentra) valt onder de basisverzekering. (3)
- Voor zorg die onder de basisverzekering valt, wordt het eigen risico aan de cliënt doorberekend.

Uitleg specifiek voor hulpmiddelen

- Niet alle hulpmiddelen vallen onder de Wlz. Per hulpmiddel en soms per situatie of zorgprofiel Wlz (ZZP) moet gekeken worden of het hulpmiddel vergoed wordt uit de Wlz (Wonen of Behandeling), onder de zorgverzekering valt, voor eigen kosten van de cliënt is of bijvoorbeeld voor Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia, via het UWV). (4)
- Hulpmiddelen als borstprothese of pruik, zijn voor de basisverzekering van de cliënt.

Uitleg specifiek voor paramedische zorg

- Het betreft de disciplines fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie en oefentherapie.
- Aan behandeling vanuit de Wlz zijn criteria verbonden. Zo moet het gaan om Wlz-specifieke (niet specialistische) behandeling.
Zorginstituut: *“Een behandeling is specifiek als de zorg onlosmakelijk onderdeel is van de integrale zorg en/of er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen.”* (3)
- Paramedische zorg is voor de Wlz (en niet voor de zorgverzekering) als:
 - *Heeft de behandelaar specifieke kennis of vaardigheden nodig om de betreffende cliënt te behandelen? Het gaat dan niet alleen om de vraag of de behandelaar een aanvullende opleiding nodig heeft. Het kan ook zijn dat een bepaalde attitude nodig is. De kernvraag is: kan iedere algemene paramedicus deze cliënt behandelen? Zo niet, dan gaat het om specifieke paramedische zorg.*
 - *De paramedische zorg kan ook onderdeel zijn van de integrale zorg die de instelling biedt. Dat is het geval als er intensieve afstemming tussen de verschillende behandelaren, verplegenden en verzorgenden nodig is. De kernvraag hier is: kan de paramedicus zijn behandeling bieden zonder overleg en afstemming met de overige zorg? Zo niet, dan gaat het om specifieke paramedische zorg.* (3)
- Bij de vragen om ergotherapie, diëtetiek, logopedie zien we in de praktijk dat het altijd om Wlz- specifieke vragen gaan. Deze worden, altijd in overleg met en onder de regie van de Wlz-behandelaar, vanuit de Wlz vergoed.
- Bij fysiotherapie en oefentherapie kan het zijn dat het gaat om een behandelvraag die van algemene aard is en niet Wlz- specifiek behandeld hoeft te worden. In dat geval gaat het om vergoeding vanuit de aanvullende verzekering en/of voor kosten van de cliënt zelf. (5)
- We zien in de praktijk dat vragen voor fysiotherapie en oefentherapie bij ZZZ 5 t/m 8 VG altijd Wlz- specifiek zijn, gezien de specifieke kennis op gedrag en/of fysieke beperking en de noodzakelijke integrale samenwerking rondom deze cliënten. We zien in de praktijk dat vragen voor fysiotherapie en oefentherapie bij ZZZ 3 en 4 VG vaak Wlz- specifiek zijn.
- Zorginstituut: *“Bij de huidige doelgroep van de Wlz is vrijwel altijd sprake van integrale zorg. Dat geldt niet altijd voor de doelgroep die op grond van overgangsrecht een Wlz-indicatie heeft.”* (3)
Het overgangsrecht betreft de cliënten die voor 2015 een verblijfsindicatie vanuit de AWBZ kregen (de financiering voor de komst van de Wlz). Met de komst van de Wlz is er strenger gekeken wie aan de criteria voor verblijfszorg voldoet; namelijk 24 uur per dag zorg in de nabijheid of met permanent toezicht, dit levenslang. (6)
- Abrona heeft in december 2021 een beslisboom opgesteld en gecommuniceerd voor de afweging of de paramedische vraag Wlz-specifiek is of van algemene aard.

1, 4) <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz>

2) <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/mondzorg>

3) <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/behandeling-wlz>

5) <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-is-een-aanvullende-zorgverzekering>

6) <https://www.ciz.nl/wlz-check>