



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 25 mei 2021 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de verstrekking van een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging (PGB vv).

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In artikel B.26 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

Verzoeker is een 64-jarige man die op het moment van de indicatiestelling samenwoonde met zijn echtgenote en diens dochter. Op basis van de informatie in het dossier lijkt verzoeker inmiddels alleen te wonen. Verzoeker is bekend depressie, hypertensie, diabetes mellitus, aneurysma aorta abdominale, slaapapneu, COPD, artrose, discopathie, hernia, diep veneuze reflux links en diep veneuze trombose links.

Verweerder heeft in eerste instantie op basis van een PGB vv aanvraag d.d. 30 januari 2020 een PGB vv toegekend van 8 uren en 10 minuten verzorging voor een periode van zes maanden (25 maart tot en met 25 september 2020). Naar aanleiding van deze aanvraag heeft verweerder een herbeoordeling uit laten voeren door de Toetspraktijk (d.d. 5 maart 2020). De Toetspraktijk en de indicierend wijkverpleegkundige gaven aan dat er mogelijkheden waren om de zelfredzaamheid te vergroten. Verzoeker kreeg de mogelijkheid om in zes maanden te werken aan het vergroten van zijn zelfredzaamheid en indien nodig een nieuwe indicatie te laten stellen waaruit helder blijkt welke invloed deze zorg, adviezen en hulpmiddelen op zijn zelfredzaamheid hebben gehad.

Vervolgens heeft verzoeker een nieuwe indicatie laten stellen en een nieuwe PGB vv aanvraag d.d. 21 augustus 2020 ingediend bij verweerder. De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 18 uren en 20 minuten verzorging per week. De geïndiceerde zorg betreft hulp bij de ADL in de ochtend en avond, het aan- en uittrekken van steunkousen, het insmeren van de huid,



hulp bij transfers, hulp bij de toiletgang overdag, het opzetten van het apneumasker (ademhalingstherapie), het uitzetten van medicatie en het plakken van een fentanylpleister.

Verweerder heeft deze indicatie beoordeeld en heeft een tijdelijk akkoord gegeven voor een PGB vv ter hoogte van 8 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode 26 september tot en met 26 december 2020 om de zorg en ondersteuning in te richten naar de nieuwe situatie. In de brief d.d. 19 januari 2021 schrijft verweerder dat verzoeker de mogelijkheden om zijn zelfredzaamheid te vergroten niet heeft verkend in de periode van 25 maart tot en met 25 september 2020, een PGB vv is daarom niet doelmatig. Verweerder wijst de PGB vv aanvraag van 18 augustus 2020 derhalve af.

Juridisch kader

Verpleging in de wijk omvat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Deze zorg kan onder de Zvw vallen als er sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop', zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Dit wil zeggen dat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. Er hoeft niet altijd sprake te zijn van verpleegkundige handelingen. Ook alleen verzorging is mogelijk onder deze Zvw-bepaling. Dit kan nodig zijn om bij een verzekerde aandoeningen of een verergering hiervan te voorkomen.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het dossier bevat twee PGB vv aanvragen met de daarbij behorende zorgplannen, een herbeoordeling van de Toetspraktijk en een verslag van een ergotherapeut. Enige medische informatie ontbreekt.

Zelfredzaamheid

De indicerend wijkverpleegkundige geeft in het zorgplan aan dat zij adviseert om een ergotherapeut in te schakelen. Verzoeker heeft de PGB vv aanvraag ondertekent en gaat daarmee akkoord met dit advies. Verzoeker kreeg de mogelijkheid om tussen 25 maart en 25 september 2020 te werken aan zijn zelfredzaamheid en een ergotherapeut in te schakelen. Op 15 december 2021 heeft verzoeker een ergotherapeut gezien, dit is echter niet binnen de door verweerder gestelde periode. Verweerder kon de aanvraag derhalve afwijzen omdat niet is vast komen te staan of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. In het dossier is het verslag van de ergotherapeut aanwezig d.d. 31 december 2021, verweerder heeft hier niet op gereageerd. Dit was wel wenselijk geweest.

Het Zorginstituut merkt op dat uit het verslag van de ergotherapeut blijkt dat hulpmiddelen ingezet kunnen worden om de beperkingen van verzoeker te verbeteren. Indien het gebruik van hulpmiddelen voorliggend is, is verzoeker niet redelijkerwijs aangewezen op de geïndiceerde zorg waarvoor hulpmiddelen ingezet kunnen worden.

Zorg door het netwerk

Verweerder heeft naar aanleiding van de aanvraag van 30 januari 2020 aangevoerd dat een deel van de geïndiceerde zorg verleend kan worden door het



netwerk van verzoeker. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

De term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Bzv, of de Regeling zorgverzekering (Rzv) bevatten geen bepalingen die expliciet vastleggen dat geen sprake is van verzekerde zorg als (delen van) die zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden verleend of overgenomen, of die regelen dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen. In die zin bevat de Zvw en aanverwante regelgeving geen grondslag op basis waarvan inzet van het netwerk juridisch afdwingbaar is. Ook artikel 2.13a van de Zvw, waarin is vastgelegd dat zorgverzekeraars in de polis de mogelijkheid voor een PGB voor wijkverpleging moet opnemen, en de daarop gebaseerde regelgeving over het PGB vv in het Bzv en de Rzv bieden geen juridische grondslag voor het stellen van voorwaarden met betrekking tot de inzet van zorg door het netwerk van de verzekerde.

Op grond van artikel 2.1 lid 3 van het Bzv kan een verzekerde alleen aanspraak maken op zorg, waaronder een PGB vv, indien de individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Hierbij is van belang dat, zoals hierboven aangegeven, de Zvw en daarop gebaseerde regelgeving geen grondslag biedt om zorg door het netwerk af te dwingen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan niet afhangen van de vraag of de zorg door het netwerk van de verzekerde verleend kan worden.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat een zorgverzekeraar niet de afwijsggrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde. Daarmee beperkt de verzekeraar de aanspraak op zorg op ongeoorloofde wijze. Daarbij merkt het Zorginstituut op dat moet worden uitgegaan worden van de professionaliteit van de beroepsgroep. De wijkverpleegkundige neemt bij de indicatiestelling altijd mee wat het netwerk nog kan doen en hoe dit krachtiger gemaakt kan worden. Dit doet zij als onderdeel van het verpleegkundig proces en staat beschreven in het normenkader van V&VN (norm 3).¹ Dit kan echter niet worden aangemerkt als standaardberekening van zorg die in alle gevallen principieel door het netwerk verplicht geboden zou moeten worden en mag ook niet als zodanig worden gehanteerd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verweerder de PGB vv aanvraag af kon wijzen. Verzoeker heeft zich namelijk niet gehouden aan het advies van de wijkverpleegkundige om een ergotherapeut in te schakelen binnen de door verweerder gestelde periode van zes maanden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

¹ Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, juli 2014. Geraadpleegd via: <https://www.venvn.nl/themas/wijkverpleging/normenkader/>