



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 24 mei 2022 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van verpleging en verzorging.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Op 9 juni 2022 heeft het Zorginstituut het advies tot nader onderzoek aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie op 12 juli 2022 aanvullende stukken aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek om een tweede voorlopig advies.

In de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op 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 verzoekster 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 verzoekster op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreerde medisch adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. 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 verzoekster

Verzoekster is een 69-jarige vrouw die samenwoont met haar echtgenoot. Volgens het zorgplan is verzoekster bekend met de restverschijnselen van een doorgemaakt CVA aan de linkerszijde, een beschadigde linkerschouder (waaraan verzoekster geopereerd is), incontinentie van urine, regelmatig terugkerende blaasontstekingen, diabetes mellitus type 2, geheugenproblemen, traagheid in bewegen en een verhoogd valrisico. Verder is verzoekster afhankelijk van een rollator.

Ten behoeve van verzoekster is een indicatie gesteld voor 140 minuten verpleging en 810 minuten persoonlijke verzorging voor de periode van 18 juli 2017 tot en met 18 juli 2018. Vervolgens heeft een herindicatie plaatsgevonden en is een indicatie gesteld op basis van 25 minuten verpleging en 920 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 20 juni 2018 tot en met 20 december 2018. Hierop heeft opnieuw een herindicatie plaatsgevonden en is laatstgenoemde indicatie verlengd tot 20 juni 2019.

De geïndiceerde zorg betreft het ondersteunen bij het douchen en aankleden in de ochtend, hulp bij het omkleden in de avond, controle van de huid op smetten en zo nodig het verzorgen van smetten, driemaal daags hulp bij de toiletgang, het monitoren en signaleren van mogelijke tekenen van een blaasontsteking en hierop anticiperen. Daarnaast is zorg geïndiceerd met betrekking tot het stimuleren tot voldoende vochtinname, een wekelijks bloedsuikercontrole, het coördineren van de zorg en het waarborgen van de continuïteit van de zorg.



Verzoekster ontving verpleging en verzorging van een thuiszorgorganisatie, die de kosten hiervan rechtstreeks declareerde bij verweerder. In 2018 heeft verweerder naar aanleiding van een steekproef geconcludeerd dat de gedeclareerde zorg niet rechtmatig en doelmatig was. Vervolgens heeft verweerder de ingediende declaraties afgewezen.

De thuiszorgorganisatie is hierop een rechtszaak gestart tegen verweerder. De rechter heeft geoordeeld dat voor zover de zaak betrekking had op afgewezen declaraties van verzoekster, deze het beste konden worden voorgelegd aan de SKGZ.

In de brief d.d. 15 april 2022 geeft verweerder aan dat zij de thuiszorgaanbieder tegemoet zijn gekomen met een 'onverplichte vergoeding' van € 33.592,00. Op basis van het initiële dossier was onduidelijk welke zorg dit betreft. Na het advies tot nader onderzoek van het Zorginstituut heeft verweerder in een brief d.d. 7 juli 2022 aangegeven akkoord te zijn gegaan met 525 minuten persoonlijke verzorging per week en 25 minuten verpleging per week. Verweerder schrijft: *"Het ontvangen zorgplan is destijds beoordeeld op doelmatigheid waarop de volgende interventies als volgt zijn beoordeeld:*

- *ADL zorg: 55 minuten per dag persoonlijke verzorging; ochtend zorg 35 minuten en avond zorg 20 minuten. Dit is inclusief toiïetgang, huidinspectie (samenvallende handelingen)*
- *Toiïetgang (buiten de 2 x ADL zorg) 1 keer per dag 15 minuten persoonlijke verzorging*
- *Medicatie aanreiken 1 keer per dag 5 minuten persoonlijke verzorging*
- *Coördinatie van zorg 25 minuten per week verpleging"*

Verweerder voert aan dat de geneeskundige context ontbreekt en het zorgplan niet voldoet aan het normenkader van V&VN.

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.

In de brief van verweerder d.d. 15 april 2022 wordt aangegeven dat € 33.592,00 van het totale gedeclareerde bedrag (€45.858,90) is vergoed door verweerder. Het Zorginstituut heeft in het advies tot nader onderzoek d.d. 8 juni 2022 aangegeven dat onduidelijk is welke zorg het precies betreft. Verweerder heeft dit toegelicht in de brief van 7 juli 2022.



Verweerder geeft aan dat in totaal 810 minuten verzorging per week en 140 min verpleging per week zijn geïndiceerd. Verweerder heeft 525 minuten verzorging per week en 25 minuten verpleging per week toegekend. De verpleging betreft de coördinatie van zorg. Verweerder geeft aan dat het aanreiken van medicatie verplaatst is van verpleging naar verzorging. Uit de brief d.d. 7 juli 2022 blijkt niet dat verweerder tijd heeft toegekend voor het stimuleren tot voldoende vocht inname en de wekelijkse bloedsuikercontrole.

Verweerder heeft echter niet onderbouwd waarom er 400 minuten minder verzorging dan geïndiceerd wordt toegekend en waarom er geen tijd is toegekend voor het stimuleren tot voldoende vocht inname en de wekelijkse bloedsuikercontrole. In de brief d.d. 7 juli 2022 geeft verweerder enkel in het algemeen aan dat de geneeskundige context ontbreekt en dat het zorgplan niet voldoet aan het normenkader van V&VN.

Het nader onderzoek heeft onvoldoende informatie opgeleverd om te kunnen beoordelen op welke zorg verzoekster aanspraak kan maken. 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. Verzoekster 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 haar is geleverd. Echter is onduidelijk welke zorg niet is vergoed door verweerder.

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.

Het advies

Het Zorginstituut beschikt over onvoldoende informatie en kan geen advies uitbrengen in dit geschil.