



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 23 juli 2021 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 verstrekking van een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

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 de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de op een persoonsgebonden budget 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-geregistreeerde 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 66-jarige vrouw die samenwoont met haar man en een van haar meerderjarige kinderen. Verzoekster heeft in 2009 een CVA doorgemaakt en heeft als gevolg een parese aan de linkerzijde, verminderde spierkracht aan de rechterzijde en is volledig rolstoelafhankelijk.

De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 26 uur en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De geïndiceerde zorg betreft ondersteunen bij wassen en aankleden, ondersteunen en begeleiden tijdens transfers naar toilet gedurende de dag en de nacht, verzoekster tweemaal daags vanuit rolstoel in sta-orthese zetten en ondersteuning bij het klaarmaken voor de nacht.

Verweerder heeft een PGB vv toegekend op basis van 19 uur en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Het verschil in uren verklaart verweerder doordat hij voor de transfers naar het toilet vier momenten heeft toegekend (los van de momenten die geïndiceerd zijn bij de ADL zorg in de ochtend en in de avond) in plaats van de geïndiceerde zeven. De geneeskundige context van de overige drie transfers is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Verweerder heeft in een later stadium het afwijken van het aanvankelijk aantal geïndiceerde uren met indicierend wijkverpleegkundige besproken en zij heeft voor wat betreft de transfers naar het toilet aangegeven dat zij akkoord is met de indicatie van verweerder. Dit onderdeel van de aanvraag is daarmee niet meer in geschil en zal in dit advies ook niet meer worden behandeld.



Voor wat betreft de zorg die is geïndiceerd met betrekking tot de transfers naar en van de sta-orthese stelt verweerder dat dit geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, alsook dat onduidelijk is waarom deze zorg samenhangt met een behoefte aan geneeskundige zorg. Voorts stelt verweerder dat dit zorg is die redelijkerwijs van het netwerk verwacht mag worden.

Juridisch kader

Verpleging en verzorging

Verpleging in de wijk omvat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van een 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 een 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.

Zorg door netwerk

De term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering 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.

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.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier is de PGB-aanvraag met het daarbij behorende zorgplan aanwezig. In geschil is de zorg die geïndiceerd is voor het tweemaal daags maken van transfers van de rolstoel naar de sta-orthese en weer terug naar de rolstoel.

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/>



Verweerder heeft bij zijn afwijzing van de uren hiervoor aangegeven dat dit geen zorg is zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden. Verzoekster heeft aangegeven dat het hier gaat om een geneeskundige context.

Sta-orthese

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot de transfer van de rolstoel naar de sta-orthese en weer terug naar de rolstoel is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan. Dat staan goed voor de circulatie is en contracturen voorkomt betekent niet dat sprake is van een geneeskundige context. Het is op basis van het zorgplan onduidelijk of sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop.

Daar komt bij dat het eventuele bestaan van een geneeskundige context niet automatisch inhoudt dat ook sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Het is mogelijk dat de transfer naar en van de sta-orthese zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Het is ook mogelijk dat dit onder begeleiding valt. Het dossier bevat geen medische informatie waaruit blijkt dat de transfer van en naar de sta-orthese zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Zorg door het netwerk

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.

Conclusie

Transfer naar sta-orthese

Voor wat betreft het al dan niet bestaan van een geneeskundige context bevat het dossier onvoldoende medische informatie om hier een oordeel over te kunnen geven. Hetzelfde geldt voor het kunnen beoordelen of de transfer zorg is zoals verpleegkundige die plegen te bieden.

De wijkverpleegkundige neemt bij de indicatiestelling mee welke zorg door het netwerk verleend kan worden. Verweerder kan de zorg niet afwijzen, omdat de geïndiceerde zorg door het netwerk van de verzekerde kan of moet worden geleverd.

Het advies

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

Een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging maakt onderdeel uit van het basispakket en verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging. Voor wat betreft het al dan niet bestaan van een geneeskundige context of het zijn van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden bevat het dossier onvoldoende informatie. Voor wat betreft het afwijzen van het aantal uren om de reden dat de zorg door het netwerk kan worden geleverd is de aanvraag onterecht afgewezen.