



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 17 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 8 juni 2022 heeft het Zorginstituut het advies tot nader onderzoek aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie op 8 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 42-jarige vrouw die samenwoont met haar man en twee kinderen. Verzoekster is volgens het zorgplan bekend met depressie, verminderde mobiliteit door stijfheid, carpaal tunnel syndroom, pijn in arm en schouder en slijtage van nek, rug en heup. Daarnaast heeft verzoekster last van overgangsklachten, overgewicht, problemen met de stoelgang, urine-incontinentie, een verhoogd risico op smetten, trillende handen en klachten van pijn op de borst.

Verzoekster ontving voorheen 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.

Uit het zorgplan blijkt dat er zorg geïndiceerd is voor het dagelijks wassen op bed en verdere ADL, controle van de huid op smetten en zo nodig het verzorgen van smetten, het helpen bij bekkenbodemoefeningen om de urine-incontinentie te



verminderen, voorlichting geven over goede voeding, gezondheidseducatie, het bieden van een luisterend oor, anticiperen op mogelijke veranderingen in de geestelijke gezondheid en het betrekken van verzoekster bij de wereld om haar heen. Daarnaast is zorg geïndiceerd voor het verzorgen van de drain en het vervangen van de zakjes, het coördineren van de zorg, signaleren en monitoren en anticiperen op veranderingen in de gezondheidstoestand.

In de brief d.d. 28 april 2022 geeft verweerder aan dat een deel van de declaraties (€14.286,72) is vergoed na overleg met de thuiszorgaanbieder. 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 120 minuten persoonlijke verzorging per week en 140 minuten verpleging per week. Verweerder schrijft: *"Het ontvangen zorgplan is destijds beoordeeld op doelmatigheid waarop de volgende interventies als volgt zijn beoordeeld:*

- *ADL zorg: 1x daags ochtend 25 minuten ochtendzorg per dag van maandag tot en met vrijdag, persoonlijke verzorging*
- *Coördinatie van zorg en rouwbegeleiding en pijnmeting 140 minuten per week, verpleging"*

Verweerder voert aan dat de geneeskundige context ontbreekt en het zorgplan niet voldoet aan het normenkader van V&VN. Daarnaast voert verweerder aan dat uit het zorgplan niet te herleiden is dat wordt toegewerkt naar zelfredzaamheid, er is geen medische onderbouwing van de rugklachten en er is geen sprake van inzet van paramedische zorg om de klachten te behandelen of verminderen.

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. 28 april 2022 wordt aangegeven dat €14.286,72 van het totale gedeclareerde bedrag (€15.756,56) 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. De brief van verweerder d.d. 7 juli 2022 geeft daar echter nog steeds niet voldoende duidelijkheid over. 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 de *afgewezen* declaraties alsnog te vergoeden. Het is onduidelijk welke geïndiceerde zorghandelingen het precies betreft.



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.