



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 10 juli 2020 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.

Op bladzijde 48 van 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 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 71-jarige alleenstaande man. Verzoeker is door een CVA in 2011 verlamd geraakt aan de linkerzijde. Verzoeker is bekend met slaapapneu waar hij een CPAP¹-neusmasker voor gebruikt. Verzoeker heeft in de maanden november 2019 tot en met januari 2020 persoonlijke verzorging ontvangen van een thuiszorgorganisatie en de facturen ingediend bij verweerder.

Verweerder heeft de vergoeding afgewezen. In zijn brief van 11 februari 2020 schrijft verweerder dat doelen in het zorgplan SMART omschreven moeten zijn. In het zorgplan wordt niet gewerkt naar zelfredzaamheid.

In zijn brief van 9 april 2020 aan verzoeker geeft verweerder aan de aangevraagde zorg in het aangeleverde zorgplan niet te kunnen beoordelen op de doel- en rechtmatigheid. Verweerder vraagt verzoeker een zorgplan aan te leveren dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader). In het zorgplan ontbreekt informatie over de doelen van zorg die verzoeker nodig heeft, de medische noodzaak van verpleging of verzorging en de ondertekening door partijen. Verweerder vraagt naar de fysieke beperkingen van verzoeker, een goed onderbouwde indicatiestelling die gericht is op het versterken van autonomie en zelfredzaamheid (norm 3 uit het V&NV normenkader) met SMART omschreven doelstellingen.

¹ In het dossier wordt 'CPEP' gebruikt. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat dit 'CPAP' (continuous positive airway pressure) moet zijn.



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.

Verweerder voert aan dat het zorgplan niet voldoet aan het V&VN normenkader (Normenkader). Het Normenkader is een richtinggevend document en beschrijft onder andere het verpleegkundig proces en de begrippen die hierin aan de orde komen. Het Normenkader moet gevolgd worden, maar het Zorginstituut kan niet specifiek beoordelen of een indicatie voldoet aan (een van) de normen van het Normenkader. Het Zorginstituut beoordeelt op basis van zijn wettelijke adviestaak of de zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket en of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Voor geschillen met betrekking tot een PGB vv betekent dat het Zorginstituut beoordeelt of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en of deze samenhangt met een 'behoefte aan geneeskundige zorg' (een geneeskundige context).

In dit geval ontvangt verzoeker al zeven jaar zorg vanuit een PGB en ontvangt, zo leidt het Zorginstituut af uit de beschikbare informatie in het dossier, nu zorg in natura. Met het oog op voorgaande en het beschreven ziektebeeld van verzoeker blijkt uit het dossier volgens het Zorginstituut dat verzoeker redelijkerwijs aangewezen zou kunnen zijn op enige vorm van zorg. Of dit geldt voor alle zorg die geïndiceerd is kan het Zorginstituut op basis van de aanwezige informatie niet te beoordelen.

Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet tot een oordeel komen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en of deze samenhangt met 'behoefte aan geneeskundige zorg'. De beperkingen en mogelijkheden van verzoeker zijn onvoldoende inzichtelijk gemaakt. De onderbouwing van de zorg schiet te kort, de geneeskundige context bij bepaalde geïndiceerde zorg ontbreekt of dient duidelijker geformuleerd te worden. Bijvoorbeeld de zorg die geïndiceerd is met betrekking tot de maaltijdondersteuning, het aanreiken van de medicatie en de ADL-zorg. Daarnaast is niet duidelijk hoeveel tijd er voor welke zorg geïndiceerd is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De beperkingen van verzoeker, de zorg, de geneeskundige context van geïndiceerde zorg en de tijdsindicatie dienen beter onderbouwd te worden.



Zorginstituut Nederland

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 10 juli 2020 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 vergoeding van verpleging en verzorging.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ook een kopie van het dossier gestuurd. Op 21 augustus 2020 heeft het Zorginstituut het voorlopig advies aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie op 7 oktober 2020 het hoorzittingsverslag d.d. 23 september 2020 en aanvullende stukken aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek om een definitief advies.

In artikel bladzijde 48 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op verpleging en verzorging omschreven. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zvw is bepaald.

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.

Het voorlopig advies d.d. 21 augustus 2020 wordt hieronder voor de volledigheid herhaald.

Voorlopig advies

Situatie van verzoeker

Verzoeker is een 71-jarige alleenstaande man. Verzoeker is door een CVA in 2011 verlamd geraakt aan de linkerzijde. Verzoeker is bekend met slaapapneu waar hij een CPAP¹-neusmasker voor gebruikt. Verzoeker heeft in de maanden november 2019 tot en met januari 2020 persoonlijke verzorging ontvangen van een thuiszorgorganisatie en de facturen ingediend bij verweerder.

Verweerder heeft de vergoeding afgewezen. In zijn brief van 11 februari 2020 schrijft verweerder dat doelen in het zorgplan SMART omschreven moeten zijn. In het zorgplan wordt niet gewerkt naar zelfredzaamheid.

In zijn brief van 9 april 2020 aan verzoeker geeft verweerder aan de aangevraagde zorg in het aangeleverde zorgplan niet te kunnen beoordelen op de doel- en rechtmatigheid. Verweerder vraagt verzoeker een zorgplan aan te leveren dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader). In het zorgplan ontbreekt informatie over de

¹ In het dossier wordt 'CPEP' gebruikt. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat dit 'CPAP' (continuous positive airway pressure) moet zijn.



doelen van zorg die verzoeker nodig heeft, de medische noodzaak van verpleging of verzorging en de ondertekening door partijen. Verweerder vraagt naar de fysieke beperkingen van verzoeker, een goed onderbouwde indicatiestelling die gericht is op het versterken van autonomie en zelfredzaamheid (norm 3 uit het V&NV normenkader) met SMART omschreven doelstellingen.

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.

Verweerder voert aan dat het zorgplan niet voldoet aan het V&VN normenkader (Normenkader). Het Normenkader is een richtinggevend document en beschrijft onder andere het verpleegkundig proces en de begrippen die hierin aan de orde komen. Het Normenkader moet gevolgd worden, maar het Zorginstituut kan niet specifiek beoordelen of een indicatie voldoet aan (een van) de normen van het Normenkader. Het Zorginstituut beoordeelt op basis van zijn wettelijke adviestaak of de zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket en of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Voor geschillen met betrekking tot een PGB vv betekent dat het Zorginstituut beoordeelt of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en of deze samenhangt met een 'behoefte aan geneeskundige zorg' (een geneeskundige context).

In dit geval ontvangt verzoeker al zeven jaar zorg vanuit een PGB en ontvangt, zo leidt het Zorginstituut af uit de beschikbare informatie in het dossier, nu zorg in natura. Met het oog op voorgaande en het beschreven ziektebeeld van verzoeker blijkt uit het dossier volgens het Zorginstituut dat verzoeker redelijkerwijs aangewezen zou kunnen zijn op enige vorm van zorg. Of dit geldt voor alle zorg die geïndiceerd is kan het Zorginstituut op basis van de aanwezige informatie niet beoordelen.

Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet tot een oordeel komen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en of deze samenhangt met 'behoefte aan geneeskundige zorg'. De beperkingen en mogelijkheden van verzoeker zijn onvoldoende inzichtelijk gemaakt. De onderbouwing van de zorg schiet te kort, de geneeskundige context bij bepaalde geïndiceerde zorg ontbreekt of dient duidelijker geformuleerd te worden. Bijvoorbeeld de zorg die geïndiceerd is met betrekking tot de maaltijdondersteuning, het aanreiken van de medicatie en de ADL-zorg. Daarnaast is niet duidelijk hoeveel tijd er voor welke zorg geïndiceerd is.



Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De beperkingen van verzoeker, de zorg, de geneeskundige context van geïndiceerde zorg en de tijdsindicatie dienen beter onderbouwd te worden.

Het voorlopig advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.

Definitief advies

Aanvullende informatie

Bij de aanvullende stukken zitten twee zorgplannen, een zorgplan geldig van 25 maart 2020 tot en met vrijdag 25 september 2020 en een zorgplan geldig van 31 december 2019 tot en met dinsdag 30 juni 2020. Het zorgplan geldig van 25 maart 2020 tot en met vrijdag 25 september 2020 zat al in het originele dossier en betreft geen nieuwe informatie. Ook heeft dit zorgplan geen betrekking op de maanden in geschil en wordt daarom verder buiten beschouwing gelaten. Het zorgplan geldig van 31 december 2019 tot en met dinsdag 30 juni 2020 zat ook al in het originele dossier, echter zijn er nu tijdindicaties aan het zorgplan toegevoegd.

Zorg in natura

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut niet duidelijk aangegeven dat het geschil zorg in natura betreft in plaats van een aanvraag voor een PGB vv. Verzoeker heeft drie nota's bij verweerder ingediend voor de maanden november 2019 tot en met januari 2020. In deze maanden heeft verzoeker persoonlijke verzorging ontvangen van een ongecontracteerde thuiszorgorganisatie.

Het beoordelingskader voor vergoeding van verpleging en verzorging ten laste van de basisverzekering in natura of via een PGB vv is hetzelfde. Gelet op artikel 2.10 van het Bzv moet sprake zijn van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft de geleverde verpleging en verzorging in november 2019, december 2019 en januari 2020. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat niet geconcludeerd kan worden dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De beperkingen van verzoeker, de zorg, de geneeskundige context van geïndiceerde zorg en de tijdsindicatie dienen beter onderbouwd te worden.

De aanvullende stukken bevatten geen nadere onderbouwing door de indicerend wijkverpleegkundige voor de geleverde zorg in de maanden november en december 2019.

Voor de geleverde zorg in januari 2020 zijn tijdindicaties toegevoegd aan het zorgplan geldig van 31 december 2019 tot en met dinsdag 30 juni 2020. Het zorgplan is verder niet nader onderbouwd. De beperkingen van verzoeker, de zorg, en de geneeskundige context van geïndiceerde zorg zijn daarom nog steeds



onduidelijk. Daarnaast merkt het Zorginstituut op dat de zorg met betrekking tot het aanbrengen van het CPEP masker en braces twee keer geïndiceerd is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onvoldoende aangetoond dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de geleverde zorg in november 2019, december 2019 en januari 2020 ten laste van de basisverzekering.

Het advies

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

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de geleverde zorg in november 2019, december 2019 en januari 2020 ten laste van de basisverzekering.