



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 9 juni 2020 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 (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 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. 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 53-jarige vrouw, die samen woont met haar echtgenoot. Onduidelijk is of haar kinderen ook thuis wonen. Verzoekster is bekend met klachten van het buik- bekkengebied als gevolg van afwezigheid van motiliteit van het darmsysteem en chronische darmproblematiek (de dunne darm schijnt doorgeknipt te zijn tijdens een operatie). Verder is sprake van verklevingen van de baarmoeder en van vergroeiing van de wervelkolom met zenuwuitval in de benen tot gevolg.

De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 30 uur verzorging per week. De geïndiceerde zorg betreft hulp bij het wassen, aan- en uitkleden, haar- en nagelverzorging, hulp bij transfers, hulp bij de toiletgang, het aan en uittrekken van steunkousen en het aanreiken en bestellen van medicatie.

Verweerder heeft in eerste instantie een PGB vv toegekend van 7 uur en 31 minuten verzorging per week en na heroverweging heeft verweerder een PGB vv toegekend 11 uur en 10 minuten verzorging per week. Verweerder voert hierbij aan dat de zorg die betrekking heeft op de transfers begeleiding betreft en daardoor niet gefinancierd dient te worden vanuit de Zvw. Daarnaast is de verweerder van mening dat de zorg die betrekking heeft op de toiletgang en het bestellen en aanreiken van de medicatie zorg is die redelijkerwijs van het netwerk verwacht mag worden. De uren met betrekking tot het toedienen van insuline zijn volgens verweerder te ruim geïndiceerd.



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.

De behoefte aan zorg kan ook samenhangen met de behoefte aan begeleiding en zelfredzaamheid. Deze zorg houdt dan geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop en kan dan onder de Wmo vallen.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In dit geschil wordt niet toegekomen aan de vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een 'geneeskundige context'. Uit het dossier blijkt dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren. Dit betekent dat de geneeskundige context van de overige geïndiceerde zorg niet meer onderbouwd is.

Conclusie

Omdat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat de overige geïndiceerde uren voor verzorging niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering.

Het advies

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

De overige 18 uur en 50 minuten verzorging per week komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.