



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 5 december 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 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.28 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. 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 52-jarige vrouw die samenwoont met haar echtgenoot. De indicierend wijkverpleegkundige geeft aan dat verzoekster bekend is met systemische lupus (SLE) en migraine.

Het dossier bevat twee PGB vv aanvragen met een daarbij behorend zorgplan. De eerste aanvraag dateert van 21 juli 2021 en de tweede aanvraag is gedaan op 21 januari 2022. De eerste aanvraag is uiteindelijk ingetrokken. Het geschil heeft alleen betrekking op de tweede aanvraag.

De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor een PGB vv van 19 uur en 5 minuten verzorging en 15 minuten verpleging per week. De geïndiceerde zorg betreft hulp bij de ADL, dit omvat:

- Geheel overnemen kleine wasbeurt, afdrogen en omkleden bij incontinentie van urine en / of ontlasting en bij braken tijdens een aanval.
- Toiletzorg tijdens een hoofdpijnaanval als verzekerde naar de toilet moet of als het incontinentiemateriaal vervangen moet worden of deze hulp tijdens het herstel van een aanval.
- Overnemen van douchebeurt / wassen, afdrogen, aankleden, mondzorg en haarzorg na een hoofdpijnaanval of als SLE opleeft.
- Hulp bij het omkleden voor het slapen gaan na een hoofdpijnaanval of bij een opleving van SLE.

Verder is het dagelijks aanreiken van medicatie vanuit een baxter, het gemiddeld drie keer per week toedienen van medicatie via een injectie en het driemaal daags insmeren van de huid geïndiceerd.



Verweerder heeft een PGB vv toegekend van 14 uur en 5 minuten verzorging en 15 minuten verpleging per week. Verweerder heeft geen zorg toegekend voor het aanreiken van medicatie omdat dit zorg is die redelijkerwijs van het netwerk verwacht mag worden. Daarnaast heeft verweerder minder tijd toegekend (4 uur in plaats van 8 uur) voor punt 2 van de ADL zorg omdat dit te ruim geïndiceerd is.

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.

Akkoord wijkverpleegkundige

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de aanpassing van de indicatie door verweerder. De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. Nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het aanpassen van de indicatie is de overige zorg niet meer onderbouwd. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv voor de zorg die verweerder niet heeft toegekend.

Zorg door het netwerk

Verweerder voert aan dat het aanreiken van medicatie redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk. Ten overvloede merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot deze afwijsggrond. In meerdere adviezen heeft het Zorginstituut aangegeven dat de term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen niet voorkomen in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Bzv, of de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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 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.

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.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat een zorgverzekeraar niet de afwijsggrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg volgens de verzekeraar geleverd kan of moet worden door het netwerk van de verzekerde. Daarmee beperkt de verzekeraar de aanspraak op zorg op ongeoorloofde wijze.

Conclusie

In dit geschil wordt niet toegekomen aan vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een 'geneeskundige context'. De geneeskundige context is namelijk niet onderbouwd nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren. Daardoor kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat zorg die niet is toegekend door verweerder niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

Het advies

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

Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering voor de zorg die geen onderdeel uitmaakt van de indicatie.