



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 21 juli 2021 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 persoonsgeboden budget (PGB) voor verpleging en verzorging (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 de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak 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 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. 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 verzoeker

Verzoeker is een 69-jarige man die samenwoont met zijn echtgenote. Verzoeker is bekend met diabetes type 2, blindheid, een nierfunctiestoornis en de restverschijnselen van een in 2015 doorgemaakt CVA.

De indicierend verpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 21 uur verzorging. De geïndiceerde zorg betreft hulp bij de persoonlijke hygiëne (douchen, aankleden/omkleden in de ochtend en avond en bij ongelukjes bij de toiletgang), het aanreiken en toedienen van medicatie en begeleiding bij de toiletgang.

Verweerder heeft Argonaut een herbeoordeling laten uitvoeren en de uren zorg die volgens Argonaut nodig zijn toegekend. Dit betreft 5 uur en 50 minuten persoonlijke verzorging. Verweerder stelt dat de geneeskundige context onvoldoende onderbouwd is. Verweerder geeft bovendien aan dat de zorg voor wat betreft het aanreiken en toedienen van de medicatie zorg betreft waarvan redelijkerwijs van het netwerk verwacht mag worden dat zij die zorg leveren. Voorts heeft verweerder minder tijd toegekend voor hulp bij de persoonlijke hygiëne en begeleiding bij de toiletgang.



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 (Bzv) en 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 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.

Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel uren zorg verzoeker aanspraak kan maken. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Het dossier bevat een PGB-aanvraag en het daarbij behorende zorgplan, schrijven van de huisarts, een medicatieoverzicht, e-mailwisseling tussen de indicierend verpleegkundige en verweerder en de herbeoordeling door Argonaut.

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.vernv.nl/themas/wijkverpleging/normenkader/>



Verpleging en verzorging

De zorg die is aangevraagd is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Echter, de zorg in het zorgplan is onvoldoende onderbouwd. Uit het zorgplan wordt niet voldoende duidelijk wat de zorg inhoudt, waartoe verzoeker wel en niet in staat is en waarom de zorg noodzakelijk is. De geneeskundige context is onvoldoende onderbouwd. Verweerder had om deze reden alle zorg kunnen afwijzen. Echter heeft verweerder (op basis van de herbeoordeling door Argonaut) 5 uur en 50 minuten zorg toegekend aan verzoeker. Hiermee erkent verweerder dat verzoeker aanspraak kan maken op zorg.

Uit de informatie in het dossier blijkt onvoldoende waarom verweerder voor een deel van de gevraagde zorg (5 uur en 50 minuten ten opzichte van de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde 21 uur) de geneeskundige context erkent.

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.

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.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen op hoeveel uren zorg verzoeker aanspraak kan maken. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Voor zover de aanvraag is afgewezen op grond van het niet onderbouwd zijn van de geneeskundige context is dit terecht.

Voor zover de aanvraag is afgewezen op grond van dat de zorg door het netwerk geleverd kan worden is de aanvraag onterecht afgewezen

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 verzoeker is redelijkerwijs aangewezen op Een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

Voor wat betreft het al dan niet bestaan van een geneeskundige context bevat het dossier onvoldoende informatie. Voor wat dat betreft is de aanvraag (deels) terecht afgewezen. 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. Voor wat betreft het aantal geïndiceerde uren, heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid en kan derhalve daarover geen advies uitbrengen.