



notitie

Zorg door het cliëntnetwerk en PGB

Inleiding

Uit SKGZ-geschillen blijkt dat zorgverzekeraars aanvragen voor (een Zvw-pgb voor) verpleging en verzorging soms (deels) afwijzen, omdat zij vinden dat de zorg door het netwerk van verzekerde kan worden/zou moeten worden verleend.

Een aantal zorgverzekeraars heeft daartoe in hun Reglement Zvw-pgb (2021) de volgende bepaling als weigeringsgrond voor een Zvw-pgb opgenomen:

'Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont'.

Het Zorginstituut adviseert de SKGZ in geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars over (een pgb aanvraag voor) verpleging en verzorging. Dit is een wettelijke adviestaak. Het Zorginstituut heeft in zijn advisering over bovengenoemde door zorgverzekeraars gehanteerde afwijzingsgrond, een standpunt ingenomen. In deze notitie zet het Zorginstituut de juridische onderbouwing voor dit standpunt uiteen. De gepubliceerde adviezen aan de SKGZ zijn te vinden op de website van de SKGZ.

Het Zorginstituut beantwoordt in deze notitie de volgende vragen:

1. Is zorg door het netwerk van een verzekerde juridisch afdwingbaar?
2. Kan de zorgverzekeraar de (gedeeltelijke) afwijzing van een aanvraag voor verpleging en verzorging baseren op artikel 2.1, lid 3 Besluit zorgverzekering (Bzv)¹ als zorg naar zijn mening door het netwerk kan worden geboden?
3. Kan een zorgverzekeraar de verpleging en verzorging weigeren te verstrekken/vergoeden omdat hij vindt dat de zorg door het netwerk kan worden verleend, ook als de indicierend verpleegkundige² voor die zorg wel een indicatie heeft gesteld?

1. Is zorg door het netwerk van een verzekerde juridisch afdwingbaar?

¹ Artikel 2.1, lid 3 Bzv: 'Onverminderd hetgeen is bepaald in de [artikelen 2.4 tot en met 2.15](#), heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen'. Het standpunt van de zorgverzekeraar is dan dat een verzekerde voor de zorg die zijn netwerk kan overnemen, redelijkerwijs niet meer is aangewezen op die zorg.

² Als het gaat om zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder dan wordt met verpleegkundige de wijkverpleegkundige bedoeld. Gaat het om zorg aan verzekerden tot 18 jaar, dan wordt met verpleegkundige de kinderverpleegkundige bedoeld.

Bij de beoordeling of een verzekerde aanspraak heeft op zorg vanuit de Zvw worden drie stappen gevolgd:

In de eerste plaats moet worden beoordeeld of het gevraagde behoort tot de te verzekeren prestaties.

Vervolgens moet worden beoordeeld of aan de voorwaarden voor die specifieke zorgvorm is voldaan.

Ten derde moet worden beoordeeld of de verzekerde naar aard en inhoud redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.

De term "gebruikelijke zorg", "zorg door het cliëntsysteem", "zorg door het netwerk van de cliënt" of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor 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. In die zin bevat de Zvw-regelgeving geen specifieke grondslag op basis waarvan inzet van het netwerk juridisch afdwingbaar is. Ook artikel 13a van de Zvw, waarin is vastgelegd dat de zorgverzekeraar in zijn polis de mogelijkheid voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging moet opnemen, en de daarop gebaseerde regelgeving over het pgb in het Bzv of Rzv bieden geen grondslag voor het stellen van voorwaarden over de inzet van zorg door het cliëntnetwerk.

2. Kan de zorgverzekeraar de (gedeeltelijke) afwijzing van een aanvraag voorverpleging en verzorging baseren op artikel 2.1 lid 3 Bzv als zorg naar zijn mening door het netwerk kan worden geboden?

Beoordeling op basis van zorginhoudelijke criteria

Artikel 14 van de Zvw regelt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van *zorginhoudelijke* criteria wordt beantwoord. De Memorie van Toelichting bij dit artikel geeft aan dat bij die vraag voornamelijk medisch-inhoudelijke criteria bepalend zullen zijn. De wet hanteert echter het bredere begrip "zorginhoudelijke criteria" om te bewerkstelligen dat waar nodig ook andere zorggebonden criteria een rol kunnen spelen, zoals bijvoorbeeld het oordeel van een verpleegkundige over de thuissituatie. De zorgverzekeraar zal de vraag of een verzekerde op grond van zorginhoudelijke criteria behoefte heeft aan zorg op deskundige wijze moeten (laten) beantwoorden. Heeft de verzekeraar het recht op een prestatie afhankelijk gesteld van een verwijzing door of een oordeel van een behandelend arts/professional, dan geldt artikel 14 Zvw indirect ook voor hen. Een verzekeraar kan derhalve een zorgprofessional niet opdragen slechts naar bepaalde vormen van zorg door te verwijzen op grond van andere criteria dan zorginhoudelijke.

Indicatiestelling volgens de normen van de beroepsgroep omvat de inzet van het netwerk

De zorgverzekeraars hebben de indicatiestelling voor verpleging en verzorging (ongeacht of verzekerde deze zorg in natura wenst te ontvangen of via een Zvw-pgb) in hun polissen neergelegd bij de verpleegkundigen die de indicatie stellen op basis van de voor hen geldende beroepsnormen: Dit zijn de 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' (V&VN, juli 2014; hierna: Normenkader). Ter toelichting hierop zijn het Begrippenkader Indicatieproces (2019) en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg

(kinderverpleegkunde.nl en V&VN afdeling Kinderverpleegkunde, 2020)³ ontwikkeld.

In het Normenkader is ondermeer vastgelegd dat de verpleegkundige bij haar indicatiestelling altijd bekijkt wat een verzekerde en zijn netwerk zelf kunnen doen. Bij haar indicatiestelling onderbouwt zij welke zorg wel en welke zorg niet van het netwerk verwacht kan worden. Dit vloeit voort uit norm 3 van het Normenkader en hoofdstuk 5 van het Begrippenkader Indicatieproces.

Het bepalen of en hoe het netwerk van de verzekerde kan worden ingezet wordt in het Normenkader beschreven als een onderdeel van het verpleegkundig proces, en is geen "standaard"berekening van zorg die in alle gevallen principieel door het netwerk geboden zou moeten worden. Het is aan de verpleegkundige om bij de indicatiestelling duidelijk te onderbouwen welke inzet wél of niet van het netwerk verwacht kan worden. Zij onderbouwt waarom ze bepaalde interventies inzet en door wie ze die laat uitvoeren (stap 4: het organiseren van zorg) op basis van verpleegkundige diagnoses en resultaten. Door de draagkracht en draaglast van het (cliënt)netwerk inzichtelijk te maken binnen de indicatiestelling, geeft de wijkverpleegkundige inhoud aan de norm dat het indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem.

Of en in hoeverre het netwerk van verzekerde bij de zorg wordt betrokken maakt dus een integraal onderdeel uit van het professionele, zorginhoudelijke oordeel van de verpleegkundige die de indicatie stelt.

Bij de indicatiestelling voor verpleging en verzorging uit de Zvw aan kinderen geldt ook dat de kinderverpleegkundige altijd na gaat wat de ouders van het kind aan zorg kunnen en willen bieden en wat het sociale netwerk om kind en ouders heen kunnen en willen bieden. Ze bepaalt eerst wat de zorgbehoefte is van het kind. Daarna beoordeelt zij wat de hulpbehoefte⁴ is van de ouders. Een professioneel uitgangspunt hierbij is, dat elke hulpbehoefte van de ouders legitiem is mits deze natuurlijk valt onder zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (onder het arsenaal van de verpleegkundige of verzorgende valt) en er sprake is van een geneeskundige context⁵ (het moet dus gaan om verzekerde zorg). Dit betekent, dat er vooraf geen begrenzing is, geen 'bodem' qua zorg die een ouder altijd moet leveren. De hoeveelheid zorg die vanuit de Zvw kan worden ingezet is dus afhankelijk van wat ouders 'als ouder' (dus 'om niet') zelf willen en kunnen bieden aan zorg voor hun kind. Ook hier geldt dat de Zvw-regelgeving geen specifieke grondslag bevat op basis waarvan inzet van ouders juridisch afdwingbaar is.

Relatie met artikel 2.1, lid 3 van het Bzv

Artikel 2.1, lid 3 van het Bzv regelt dat onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.1, lid 3 van het Bzv is van toepassing op alle verzekerde prestaties. In de toelichting op het Bzv wordt bij dit artikel het volgende opgemerkt. "In het derde lid is het algemene wettelijke indicatievereiste neergelegd. Een dergelijke bepaling staat

³ De Handreiking Indicatieproces Kindzorg is ontwikkeld door kinderverpleegkunde.nl en V&VN afdeling kinderverpleegkunde.

⁴ De hulpbehoefte is de hoeveelheid zorg en ondersteuning die ouders nodig hebben om de zorg voor hun zieke kind op zich te nemen, te organiseren, te begeleiden, uit te voeren en uit te kunnen blijven voeren (continuïteit blijven bieden). Ook hier geldt: wat kunnen en willen ouders zelf en waar hebben ze hulp en/of ondersteuning nodig?

⁵ Het begrip 'geneeskundige context' gebruikt het Zorginstituut als vertaling van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop' (artikel 2.10 Bzv).

ook in de AWBZ (artikel 9b, derde lid) en het BZA (artikel 2, derde lid) en stond in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (artikel 2a, eerste lid). Anders dan in die bepalingen zijn in dit lid de woorden «uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening» weggelaten. Uitgangspunt bij de Zvw is immers dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis. Dit geldt ook voor de doelmatige organisatie van de zorg. Het kan zijn dat bij bepaalde zorgvormen of onderdelen daarvan nog specifieke eisen bij of krachtens de artikelen 2.4 tot en met 2.15 gesteld zijn. Dan is er sprake van een cumulatie van de algemene met de bijzondere indicatie-eisen. Dat is tot uitdrukking gebracht in de eerste woorden van het derde lid. Bezien wordt of de verzekerde voldoet aan het bijzondere indicatievereiste en vervolgens of en in hoeverre de verzekerde ook dan nog redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.”

De zorgverzekeraars stellen in hun polissen de indicatiestelling conform het Normenkader als vereiste voor de beoordeling of de verzekerde is aangewezen op verpleging en verzorging. De vraag is of dit betekent dat de zorgverzekeraar op basis van dit artikel de afwijsggrond kan hanteren dat verzekerde redelijkerwijs niet op zorg is aangewezen omdat de zorg naar zijn mening (deels) door het netwerk van verzekerde gedaan moet worden.

Dit is naar ons oordeel niet het geval. De wet- en regelgeving biedt geen grondslag om zorg door het netwerk af te dwingen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan dan ook niet afhangen van de vraag of zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden geleverd. De afwijzing op de grond dat zorg redelijkerwijs niet is aangewezen omdat het netwerk de zorg *moet* verlenen zou de aanspraak op ongeoorloofde wijze beperken. Het is de verpleegkundige die volgens het Normenkader (en niet de zorgverzekeraar) beoordeelt welke zorg door het netwerk kan worden verleend en deze beoordeling kan niet worden gezien als een standaardberekening van zorg die in alle gevallen verplicht door het netwerk moet worden verleend. De verpleegkundige neemt de vraag wat het netwerk kan doen en hoe dit krachtiger kan worden gemaakt mee in het kader van het verpleegkundig proces (Normenkader V&VN, norm 3) en dit is maatwerk. De zorg die het netwerk kan en wil bieden neemt de verpleegkundige vervolgens niet op in de door haar te stellen indicatie voor Zvw zorg.

3. Kan de zorgverzekeraar weigeren verpleging en verzorging te verstrekken/vergoeden, in afwijking van het oordeel van de indicerende verpleegkundige over de inzet van het netwerk?

Over de verhouding tussen de rol van de indicerend verpleegkundige ten opzichte van de rol van de zorgverzekeraar zijn twee recente uitspraken gedaan door de Rechtbank Gelderland. Het betreft Rb Gelderland 25 november 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:6203 en Rb Gelderland 2 november 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:5922. In beide zaken betrof het een geschil over de vergoeding van verpleging en verzorging, waarbij ondermeer de indicatiestelling van de verpleegkundige ter discussie werd gesteld door de zorgverzekeraar. De voor dit onderwerp relevante overwegingen uit beide uitspraken zijn de volgende:

Het is de verzekeraar die uiteindelijk moet beoordelen of aan alle voorwaarden voor dekking is voldaan. De professionele autonomie van de indicerend verpleegkundige

brengt niet mee dat de zorgverzekeraar (in het licht van de rechtsverhouding die ze met de verzekerde heeft) niet mag controleren of aan alle voorwaarden voor de dekking is voldaan.

Echter: de indicatiestelling dient als uitgangspunt te worden genomen door de zorgverzekeraar: Dat betekent niet dat de zorgverzekeraar alleen dan niet mag vergoeden als de verpleegkundige evident in strijd handelt met haar beroepsnormen. De verzekeraar mag de aanvraag afwijzen wanneer voor hem "onnavolgbaar" is dat de zorg is aangewezen. Wanneer hij de geïndiceerde zorg onnavolgbaar vindt mag hij niet volstaan met een "eigen oordeel" op basis van de aanwezige informatie. Hij mag de aanvraag dan ook niet meteen afwijzen. De verzekeraar moet eerst (mondeling) contact opnemen met de indicierend verpleegkundige en die in de gelegenheid stellen een toelichting/ontbrekende informatie te geven. Daarbij moet de verzekeraar richting de indicierend verpleegkundige duidelijk motiveren waarom de eerder gegeven informatie niet voldoet en wat er ontbreekt. Als de verpleegkundige vervolgens inzichtelijk en navolgbaar maakt welke overwegingen aan de indicatie ten grondslag liggen, waarbij aspecten als complexiteit en de mogelijkheden van andere wetgeving zijn betrokken, heeft de verzekeraar van de juistheid ervan uit te gaan. Ook al bestaat verschil van inzicht tussen de medisch adviseur van de verzekeraar en de indicierend verpleegkundige, dan mag de medisch adviseur van de verzekeraar niet zijn oordeel boven dat van de indicierend verpleegkundige stellen.

Uit deze uitspraken blijkt dat het primaat van de indicierend verpleegkundige voorop wordt gesteld en dat een verzekeraar dit oordeel niet zondermeer ter zijde kan stellen bij zijn oordeel of aan de verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Voor de duidelijkheid benadrukt het Zorginstituut dat bovenstaande conclusie dat zorg door het netwerk geen verplichtend karakter heeft, de zorgverzekeraar niet belemmert in zijn taak om te controleren of de geïndiceerde zorg tot de verzekerde prestatie behoort. Het is aan de zorgverzekeraar om te controleren of de geïndiceerde zorg valt onder "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden" en of er sprake is van een geneeskundige context⁶ waarbinnen die zorg nodig is als bedoeld in artikel 2.10 van het Bzv. Als de zorg behoort tot de prestatie verpleging en verzorging mag de zorgverzekeraar echter vervolgens niet concluderen dat de zorg toch niet onder die prestatie valt, omdat de zorg door het netwerk van verzekerde kan worden verleend. De wet- en regelgeving van de Zvw biedt geen grondslag voor een dergelijke beperking van het verzekerde pakket.

De conclusie ontnemt de zorgverzekeraar ook niet de bevoegdheid om op grond van het Zvw/Bzv te controleren of de verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen en/of de zorg doelmatig is. Evenmin betekent het dat de zorgverzekeraar het aantal geïndiceerde uren altijd volledig zou moeten vergoeden. De conclusie dat zorg door het netwerk niet mag worden afgedwongen, is ook niet in strijd met bovenstaande jurisprudentie inzake de navolgbaarheid van de indicatiestelling. Het is aan de zorgverzekeraar om de (verzekerings)indicatie te toetsen.

De zorgverzekeraar mag er bij zijn toets echter *niet* vanuit gaan dat zorg door het netwerk een *verplichtend* karakter heeft en hij kan op die grond de verstrekking van zorg niet afwijzen. Deze afwijzingsgrond is in strijd met de wet- en regelgeving van de Zvw.

Conclusie

De wet- en regelgeving biedt geen grondslag om zorg door het netwerk en zorg door ouders af te dwingen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan dan ook niet afhangen van de vraag of zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden geleverd. De afwijzing op de grond dat zorg redelijkerwijs niet is aangewezen omdat het netwerk de zorg *moet* verlenen, zou de aanspraak op ongeoorloofde wijze beperken.

In recente jurisprudentie is aangegeven dat de indicatiestelling van de verpleegkundige als uitgangspunt moet worden genomen door de zorgverzekeraar. Indien de zorgverzekeraar het oordeel van de indicerend verpleegkundige onnavolgbaar vindt, kan hij zijn eigen oordeel daarvoor niet zondermeer in de plaats stellen, maar moet hij eerst contact opnemen met de indicerend verpleegkundige. De conclusie dat zorg door het netwerk op grond van de wet- en regelgeving niet afdwingbaar is, is niet onverenigbaar met deze jurisprudentie.

Deze conclusie beperkt de zorgverzekeraar evenmin op ongeoorloofde wijze in zijn bevoegdheid om te beoordelen of de verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen/de zorg doelmatig is. Bij de toetsing mag de zorgverzekeraar er echter *niet* vanuit gaan dat zorg door het netwerk een *verplichtend* karakter heeft en hij kan op die grond de vergoeding van zorg dan ook niet afwijzen. Een dergelijke afwijsggrond is in strijd met de wet- en regelgeving van de Zvw.