



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), Intensieve Kindzorg (IKZ)

Zaaknummer : 201600527

Zittingsdatum : 12 oktober 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,



tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 16 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld het PGB vv toe te kennen voor de functie Verpleging, en af te wijzen voor de functie Persoonlijke Verzorging.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij e-mailbericht van 17 mei 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv ook voor de functie Persoonlijke Verzorging toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 12 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016105125) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Het Zorginstituut overweegt dat iemand die jonger is dan 18 jaar, valt onder de doelgroep voor het PGB als de Persoonlijke Verzorging gepaard gaat met verpleegkundige handelingen, de zogenoemde Intensieve Kindzorg. In dit geval is verzekerde wel aangewezen op 24-uurs zorg in de nabijheid, maar de vereiste combinatie met de specifieke verpleegkundige handelingen is niet aan de orde. Verzekerde heeft geen intraveneuze voeding of medicatie nodig, en er is geen sprake van het toedienen van zuurstof. Verzekerde voldoet niet aan de voorwaarden, zodat voor de functie Persoonlijke Verzorging geen aanspraak bestaat op het PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Vanuit de Jeugdwet heeft verzekerde waarschijnlijk wel recht op Persoonlijke Verzorging. Daarvoor zal een aanvraag moeten worden ingediend bij de gemeente, die de Jeugdwet uitvoert. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en enkele nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 14 december 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft bij die gelegenheid geadviseerd tot toewijzing van het verzoek op de grond dat verzekerde voldoet aan de criteria voor IKZ, zoals verwoord in artikel 2.10 Bzv. Een afschrift van dit advies is op 16 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 december 2016 op het advies gereageerd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend kinderarts heeft op 10 december 2015 ten aanzien van verzekerde verklaard: *"Ik zie [verzekerde] regelmatig op de polikliniek kindergeneeskunde. [Verzekerde] is bekend met status na sluiting spina bifida en heeft een VP-drain i.v.m. hydrocephalus bij Chiari-malformatie. Hij krijgt dagelijks een blaasspoeling en een darmspoeling en 6x per dag moet hij gecatheteriseerd worden. Naar ik van ouders begrepen heb, krijgen ouders nu alleen vergoeding voor de verpleegkundige verzorging omdat hij volgens u niet onder de Intensieve Kindzorg valt. [Verzekerde] valt mijns inziens wel onder de Intensieve Kindzorg, omdat hij 24 uur per dag hulp nodig heeft. (...)".*
- 4.2. Op 7 juli 2016 heeft de kinderarts ten aanzien van verzekerde verklaard: *"[Verzekerde] heeft een thoracolumbale meningomyelocele met hydrocefalie, welke hem toenemend belemmert in zijn kwaliteit en zelfstandigheid. Hij is ADL afhankelijk, mede door de progressieve spierklachten en stijfheid van zijn gewrichten. Deze pijnklachten belemmeren hem in zowel de grove motoriek (bijv. rolstoelbesturing) als fijne motoriek (bijv. uitvoeren van opdrachten door hevige krampen in vingers). Transfers van rolstoel naar stoel/bed lukken niet meer zelfstandig door de verkrampende pijnen. Op school en thuis zijn er rust-momenten ter ontlasting van de krampen in zijn vingers. Tevens zijn er altijd voedingsproblemen geweest, met name gastro-oesofagale refluxklachten waarvoor hij medicamenteus behandeld wordt. Toezicht op intake en output is essentieel. Zijn ventriculoperitoneaal drain is vatbaar voor infecties, bij koorts, braken en algemeen ziek zijn is beoordeling door deskundigen van essentieel belang. Voor zijn navelstoma bestaan dezelfde zorgen, belangrijk blijft dat hij tijdig gecatheteriseerd wordt en bij koorts moet een deskundige mee beoordelen. Hij is incontinent voor ontlasting en urine door zijn spina bifida, naast colonspoelen is*

verschoning met incontinentiemateriaal noodzakelijk. Hij is bekend met hardnekkige en veelvuldige urineweginfecties. Wegens afwezigheid van pijnsensatie in dit gebied en de onderbenen is hij zeer vatbaar voor decubitus. Door de chroniciteit van zijn beperkingen zal hoogcomplexere zorg nu en in de toekomst noodzakelijk blijven. (...)"

- 4.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' verklaard, voor zover hier van belang: *"Moeder doet dit al altijd op basis van PGB dit omdat het haar geleerd is door team van artsen waar hij onder loopt en de tijden + duur van de zorg die hij nodig heeft ook de lokatie waar hij is speelt hier een rol anders is het gezin verplicht om altijd thuis te zijn en beper[k]t in vrijheid door de zorg die hij nodig heeft. Door de intensieve zorg word[t] moeder beperkt, in werkzaamheden buitens huis. (...) Wegens de tijden + de duur van de verzorging en verpleging en de locatie waar we zijn op dat moment anders kan hij nergens meer heen. I.v.m. de zorg en dat belem[m]ert het hele gezin in de leef omstandigheden en vrijheid. (...) De zorg wordt door moeder verricht. De hele week zorg is nodig door spina bifida en is door een specia[al] team van artsen vastgesteld, deze heeft ook ons de handelingen aangeleerd. (...)"*
- 4.4. De zorgverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat zij vóór 1 januari 2016 een herindicatie moest aanvragen. Uit telefonische navraag bleek dat de herindicatie moest worden uitgevoerd door een wijkverpleegkundige met een BIG-registratie op niveau vijf. De medewerker van de zorgverzekeraar vertelde verzoekster dat verzekerde onder de Intensieve Kindzorg (hierna: IKZ) viel. Nadat de herindicatie was uitgevoerd en een aanvraag bij de zorgverzekeraar was ingediend, heeft de zorgverzekeraar verzoekster echter medegedeeld dat zij slechts een PGB vv ontvangt voor de aan verzekerde te verlenen Verpleging. De Persoonlijke Verzorging valt volgens de zorgverzekeraar onder de Jeugdwet. Verzekerde krijgt stomazorg en is langer dan een jaar aangewezen op Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Hij heeft 24 uur per dag passief toezicht nodig, in verband met een blaasvergroting. Op het moment dat verzekerde aangeeft dat hij buikpijn heeft, zit zijn blaas te vol, en moet hij direct worden gekatheteriseerd. Als dit niet gebeurt, kan de blaas scheuren.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Verder heeft zij medegedeeld dat wordt gesproken over verpleegkundige handelingen, terwijl het aanbrengen en verwijderen van een katheter ook verpleegkundige handelingen zijn.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Een verzekerde valt onder IKZ als hij jonger is dan 18 jaar, en als er behoefte bestaat aan permanent toezicht. Bij IKZ gaat het om kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke beperking, die als gevolg daarvan Persoonlijke Verzorging of Verpleging nodig hebben en waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Hieronder wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig zijn met betrekking tot fysieke functies, zodat tijdig ingrijpen mogelijk is. Doordat het kind zorg nodig heeft op ongeplande tijdstippen, waaronder in de nachtelijke uren, volstaan toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet.
- 5.2. De zorg die aan verzekerde wordt verleend, viel in 2015 onder de IKZ, omdat op hem het overgangsrecht van toepassing was. Dit betekent niet dat dit in 2016 ook het geval is, aangezien veranderingen zijn opgetreden in de wet- en regelgeving. Telefonisch kan de zorgverzekeraar niet mededelen of de zorg in het jaar 2016 ook valt onder IKZ, omdat hiervoor de aanvraag leidend is. De voormalige PGB-indicatie van verzekerde betrof: Persoonlijke Verzorging Klasse 2 (2 - 3,9 uur per week) en Verpleging Klasse 4 (7 - 9,9 uur per week). De indicierend wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat Persoonlijke Verzorging wordt gegeven in de vorm van hulp bij de ADL, transfers, observatie bij epileptische activiteit, observatie van symptomen bij de VP-drain en het toedienen van voorgeschreven orale medicatie. De medische situatie van verzekerde is ten opzichte van 2015

niet veranderd, maar de wijkverpleegkundige komt wel tot een hogere indicatie voor Verpleging. Het betreft dagelijks een blaasspoeling, een darmspoeling, zesmaal daags katheteriseren via de navelstoma en het bijhouden van de vochtinname (vijftien minuten per dag). De Verpleging, die is geïndiceerd voor negentien uren per week, is door de zorgverzekeraar goedgekeurd.

- 5.3. Bij de behandeling van de aanvraag is tweemaal een Bewust Keuze Gesprek met verzoekster gevoerd. Ook is de wijkverpleegkundige tweemaal benaderd. Getracht is zowel telefonisch als per e-mail contact te leggen met de kinderarts van verzekerde, maar hierin is de zorgverzekeraar niet geslaagd. Tijdens het Bewust Keuze Gesprek op 7 december 2015 heeft verzoekster toegelicht dat verzekerde dagelijks naar school gaat, waar hij zorg krijgt van een verpleegkundige. Deze durft de zorg volgens verzoekster niet altijd te leveren, zodat zij moet komen om te instrueren dan wel te helpen. Hieruit volgt dat de handeling niet direct hoeft te worden uitgevoerd, aangezien verzoekster eerst nog naar de school moet komen. De wijkverpleegkundige heeft medegedeeld dat geen sprake is van IKZ. De kinderarts schrijft in zijn brief van 10 december 2015 dat 24-uurstoezicht noodzakelijk is, maar geeft hiervoor geen medisch inhoudelijke argumenten. Door de ouders is toegelicht dat de drain verstopt kan raken, en dat permanente observatie voor de epileptische activiteit noodzakelijk is. Door de kinderarts is echter niet gesteld dat sprake is van epileptische activiteit en dat er frequente acute situaties zijn te verwachten ten aanzien van de verstopping van de drain, waarvoor permanent toezicht gerechtvaardigd is. Gelet op de leeftijd van verzekerde gaat de zorgverzekeraar ervan uit dat hij nog leerbaar is, en toenemend in staat zal zijn hulp in te roepen.

- 5.4. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat geen sprake is van hoog complexe verpleegkundige zorg. Verder is geen toezicht gedurende 24 uren per dag noodzakelijk. Om die reden valt de zorg die aan verzekerde wordt verleend, niet onder IKZ. De Persoonlijke Verzorging die verzekerde nodig heeft, valt onder de Jeugdwet, en deze wordt uitgevoerd door de gemeente.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegelicht dat Persoonlijke Verzorging alleen aan verzekerden jonger dan 18 jaar kan worden verstrekt vanuit de zorgverzekering, indien sprake is van een complexe somatische problematiek of vanwege 24-uurs toezicht, dat gepaard gaat met één of meer specifieke handelingen. Hiervan is bij verzekerde geen sprake, zodat hij aanspraak kan maken op zorg via de Jeugdwet.

- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen voor de functie Persoonlijke Verzorging, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)

Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen.”*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

“Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als:

- 1. u jonger dan 18 jaar bent, en er sprake is van verpleging en/ of verzorging door complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:*
 - er behoefte is aan permanent toezicht, of*
 - vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Deze zorg moet gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen;*
- Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg genoemd. (...)*

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;*
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.”*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- *u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- *u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
- *u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- *er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv. Het PGB was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde met betrekking tot de functie Verpleging behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2015' van de zorgverzekeraar. Hiervoor is aan verzekerde immers een PGB vv verstrekt.

De vraag die partijen verdeeld houdt, is of verzekerde ook voor de functie Persoonlijke Verzorging behoort tot deze doelgroep. In het bijzonder speelt hierbij de vraag of de zorg die verzekerde nodig heeft, is aan te duiden als IKZ (Intensieve Kindzorg). Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld, en heeft in zijn definitief advies van 14 december 2016 overwogen: *"Uit de stukken leidt de medisch adviseur af dat er bij deze verzekerde sprake is van de noodzaak van '24 uur per dag zorg in de nabijheid' waarbij die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen, zoals in de regelgeving bedoeld. Het betreft een kwetsbare jongen met een hoog risico op complicaties. Met name de aanwezigheid van een hersenventrikeldrain, van een blaasstoma via de navel en de kans op epilepsie maken dat actieve observatie noodzakelijk is om op tijd te kunnen ingrijpen om gezondheidsverlies en ernstig nadeel voor verzekerde te voorkomen. Hieruit concludeert de medisch adviseur verder dat de zorg op onplanbare momenten verleend moet kunnen worden. De verpleegkundige zorg bestaat, naast het uitvoeren van handelingen zoals het zes maal daags catheteriseren, ook uit nauwlettende observatie om tijdig te kunnen ingrijpen in het geval van complicaties. Ook de verzorgende moet middels nauwkeurige observatie gezondheidsproblemen vroegtijdig signaleren. Dit alles in nauwe afstemming met de verpleegkundige zorg. De verzorging van deze verzekerde is sterk gekleurd door de medische component. Op grond van de stukken concludeert de medisch adviseur dat gezien de medische toestand bij deze verzekerde, een nauwe afstemming van verpleging en verzorging nodig is."*

Gelet op het voorgaande behoort verzekerde, voor zover het gaat om Persoonlijke Verzorging, volgens het Zorginstituut tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, aangezien bij hem sprake is van IKZ. De commissie onderschrijft de conclusie van het Zorginstituut en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de zorgverzekeraar gehouden is verzekerde het PGB vv voor deze functie te verstrekken, ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 28 december 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester