



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, aantal geïndiceerde uren

Zaaknummer : 201800405

Zittingsdatum : 26 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar 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). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Rotterdampakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft, ten behoeve van verzekerde, bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 25 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een PGB vv toe te kennen voor 10 uren Persoonlijke Verzorging per week en 12 uren Verpleging per week.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 17 april 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog zoals aangevraagd toe te kennen althans tot een hoger aantal uren dan nu is toegekend (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord. Bij e-mailbericht van 22 augustus 2018 heeft verzoekster medegedeeld alsnog in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 9 augustus 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018038020) de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen omdat beide partijen onvoldoende hebben onderbouwd in hoeverre de geïndiceerde zorg aansluit op de zorgbehoefte van verzekerde, in aanmerking genomen dat ook het systeem een rol speelt. Met het systeem worden de personen in de omgeving van een verzekerde bedoeld. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 10 augustus 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 september 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld de situatie van verzekerde nogmaals te bezien. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 oktober 2018 de uitkomst van dit nader onderzoek aan de commissie kenbaar gemaakt. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 5 november 2018, heeft verzoekster op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met het verzoek hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 15 november 2018 gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 20 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 december 2018 de commissie geadviseerd tot toewijzing van het verzoek. Een afschrift van dit advies is op 4 december 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 10 december 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 11 december 2018 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 15 juli 2017 in het zorgplan ten aanzien van verzekerde verklaard: *"Ouders hebben een hele heftige en emotionele periode achter de rug. [Verzekerde] is met ernstig zuurstof tekort ter wereld gekomen. Moeder heeft een uterus ruptuur gehad waardoor [verzekerde] in de vrije buikholte terecht kwam en geen zuurstof meer kreeg. Het leven van moeder en [verzekerde] hebben beide aan een zijde[n] draadje gehangen. Moeder is nu weer redelijk hersteld. [Verzekerde] heeft nog een zus van 1,5 jaar, (...). Moeder van moeder heeft de afgelopen periode de zorg voor [zus] zoveel mogelijk op zich genomen. Nu het gezin weer thuis is zorgen ouders zelf voor [verzekerde]. Zijn opgeleid om alle handelingen zelf uit te voeren. Ouders hebben een sterk sociaal netwerk. Echter door de complexe zorg voor [verzekerde] kan niemand hen daarbij helpen. Wel worden ze ondersteund bij de normale dagelijkse dingen en wordt [zus] zoveel mogelijk opgevangen zodat ook zij haar aandacht krijgt. (...) [Verzekerde] heeft ernstige hypoxische ischemie endefalopathie tgv uterus ruptuur tijdens de bevalling. Prognose is ernstige beperkingen. [Verzekerde] heeft wat spierspanning maar kan wel door bewogen worden. [Verzekerde] lijkt te reageren als er iemand de kamer binnen komt en volgt met haar ogen. Lijkt ook contact te maken.*

(...) Gehoor is goed. (...) [Verzekerde] heeft tgv zuurstof tekort een ernstige disfunctionele slikreflex en sputumklaringsproblemen. Heeft veel last van slijm en kwijl die zij niet zelf kan wegslikken. Hierdoor moet zeer regelmatig het mond-keelgebied worden uitgezogen, maar ook diep uitzuigen via de neus met een catheter. [Verzekerde] laat vaak kwijl uit haar mondje lopen. Na het geven van een voeding moet [verzekerde] extra uitgezogen worden vanwege meer slijm productie. Kan erg oncomfortabel zijn bij veel slijm. Gaat dan overstrekken. Ouders zijn opgeleid om te reanimeren als dit nodig is. (...) [Verzekerde] krijgt sondevoeding, infantrini, met water via haar gastrostomie (Kangaroo ballon catheter). Mag geen orale voeding ivm ernstige slikstoornis. 18 december wordt [verzekerde] haar stoma opgemeten en krijgt daarna een mickey button. (...)
De wijkverpleegkundige heeft bij verzekerde een indicatie gesteld voor 15 uren Persoonlijke Verzorging per week en 45 uren Verpleging per week.

- 4.2. De behandelend kinderarts heeft op 15 juli 2017 over verzekerde verklaard:
"(...) [Verzekerde] is onder mijn poliklinische controle in verband met status na asfyxie met daarbij neurologisch letsel. In het kader hiervan heeft [verzekerde] ernstige sputumklarings- en slikproblematiek waarvoor zij zeer regelmatig wordt uitgezogen door ouders, volledige sondevoeding via een chirurgisch geplaatste PEG sonde krijgt (en status na Nissen fundoplicatie) in verband met ernstige gastro-oesophageale reflux. Verder krijgt [verzekerde] medicatie via de PEG sonde. Naar ik begrip van ouders is door de Kinderthuiszorg een zorgindicatie gesteld van 60 uur per week hetgeen mij reëel lijkt gezien [verzekerde]'s ernstige sputumklaringsprobleem, frequent uitzuigen, groot risico op verslikken in sputum hetgeen naar mijn inzicht vooralsnog niet op zeer korte termijn opgelost zal zijn. (...)".
- 4.3. De behandelend fysiotherapeut heeft op 23 januari 2018 over verzekerde verklaard: *"(...) Het door bewegen van [verzekerde] is gericht op contractuur preventie in vooral benen en armen. Dit is bedoeld om de mogelijkheden van beweging te behouden. Dit moet een paar keer per dag intensief gedaan worden en kost zeker 4 maal 15 minuten. Dit zijn geen bewegingen die normaliter gedaan worden bij een baby. Deze extra doorbeweging is doordat er sprake is van beschadiging van hersenkernen waardoor zelf bewegen op een willekeurige en gecontroleerde manier voor [verzekerde] niet mogelijk is. Zij is hierdoor afhankelijk voor het door bewegen van haar moeder. (...)".*
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn beslissing, een PGB vv op basis van een (veel) lager aantal uren toe te kennen dan door de wijkverpleegkundige is geïndiceerd, toegelicht met het argument dat voedingen gebruikelijk zijn voor een kind van deze leeftijd. Dit laatste klopt, maar de voedingen aan verzekerde worden volledig met een PEG-sonde gegeven en vallen daarmee onder de verpleegkundige handelingen. Deze voedingen kunnen bovendien niet door iedereen worden gegeven. De medicatie wordt meestal na de voeding toegediend, en het betreft een aparte handeling die ook niet door iedereen kan worden verricht. Verzekerde krijgt vijf maal per dag medicatie toegediend, waarvan de ziektekostenverzekeraar slechts eenmaal wil vergoeden. Verzekerde kan niet slikken en moet 24 uur per dag aan de monitor liggen. De ziektekostenverzekeraar kent wel tijd voor de observatie voor saturatie toe, maar niet voor de observatie vanwege het risico van verslikken, terwijl dit het grootste gevaar is. Verzekerde heeft hersenschade met als gevolg spierspanning, waarvoor zij elke dag intensief moet worden doorbewogen. Ook hiervoor wil de ziektekostenverzekeraar geen uren toekennen. Verzoekster kan vanwege de intensieve zorg niet meer werken, tenzij verzekerde naar een medische opvang wordt gebracht. Dit zal echter juist meer kosten met zich brengen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat verzekerde erg veel medische problemen heeft, en daarvoor is een PGB vv aangevraagd. De indicerende wijkverpleegkundige is gekomen tot een indicatie van 60 uren per week. Sommige zaken vallen niet onder de Zvw, zoals het doorbewegen. Het gaat verzoekster om de medische en verpleegtechnische handelingen, alsmede het toedienen van voeding. Deze handelingen zijn niet volledig toegekend. Het doorbewegen en het reinigen van de materialen moet uit de indicatie worden gehaald, maar de rest hoort er wel in. De ziektekostenverzekeraar heeft echter ook minder uren toegekend voor de zorg die wel onder de Zvw hoort. Destijds kreeg verzekerde acht voedingen, en later is dit teruggegaan naar



zeven voedingen. Per keer kostte dit 45 minuten. Verzekerde heeft ook het 'dumping syndroom', waardoor zij tijdens de voedingen een hoge hartslag krijgt, en daardoor gaat zweten en suf wordt. De ziektekostenverzekeraar wil niet alle uren toekennen. Verzoekster vraagt zich af waarom wel drie voedingsmomenten kunnen worden toegekend, maar niet zeven. Natuurlijk krijgt ieder kind eten, maar bij verzekerde gaat dit heel anders dan bij een gewone baby. Er moet constant worden uitgezogen, ook tijdens de voeding. De arts van de ziektekostenverzekeraar vergelijkt alles met een gezonde baby. Dat is niet correct. De persoon in kwestie is niet langs geweest. Verzoekster en haar echtgenoot moesten alles leren, zoals reanimatie en uitzuigen, anders mocht hun kind niet mee naar huis. Dit komt bijna nooit voor, zo is hen door het ziekenhuis verteld. De situatie van verzekerde is zeer heftig. Er wordt snel met de term 'gebruikelijke zorg' geschermd. De wijkverpleegkundige heeft hiermee zeker ook rekening gehouden. Dit volgt ook uit het zorgplan. Destijds gaf verzoekster in 45 minuten de voeding, en de wijkverpleegkundige heeft hiervoor 30 minuten geïndiceerd. Er is één keer medicatietoediening toegekend, terwijl het vijf keer gebeurt. Verzekerde krijgt haar voeding via de elektrische pomp. Met water wordt het doorgespoeld en daarna wordt de medicatie gegeven. Soms is dit 15 minuten na de voeding; het gaat dan dus echt om een aparte handeling. De medicatie heeft vaste tijden, en de voedingsmomenten niet, omdat verzekerde naar behoefte wordt gevoed.



4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. De aanvraag is door de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar getoetst aan het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017'. Uiteindelijk zijn aan verzekerde 10 uren Persoonlijke Verzorging per week toegekend en 12 uren Verpleging. De verlaging ten opzichte van de indicatiestelling door de indicierend wijkverpleegkundige houdt verband met het feit dat sommige zorg die is geïndiceerd niet onder de aanspraak Verpleging en Verzorging valt, niet doelmatig is en/of is aan te merken als gebruikelijke zorg. Daarnaast is het beleid van de ziektekostenverzekeraar om bij een indicatiestelling waarbij (gedeeltelijk) andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, de aanvraag voor die andere zorg af te wijzen. Ondanks het gegeven dat alleen een verpleegkundige van niveau 5 een indicatie mag stellen, is en blijft de beslissing of de indicatie geheel of gedeeltelijk onder de Zvw valt, de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar.

Tijdens de eerste beoordeling van de aanvraag is contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. In overleg met deze verpleegkundige is de ziektekostenverzekeraar tot het toegekende aantal uren gekomen.



5.2. Het doorbewegen van de armen en benen van verzekerde is volgens de ziektekostenverzekeraar gebruikelijke zorg bij een baby. Voor zover dit niet het geval zou zijn, geldt dat de zorg is aan te merken als een fysiotherapeutische handeling en niet als Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging, zodat de kosten hiervan niet ten laste van een PGB vv kunnen worden vergoed.



5.3. De behandelend kinderarts vindt de gestelde indicatie van totaal 60 uren reëel gezien de ernstige sputumklaringsproblemen van verzekerde, het feit dat zij frequent moet worden uitgezogen, en het gegeven dat een groot risico bestaat op verslikken in het sputum. Bij een indicatiestelling kijkt de ziektekostenverzekeraar ook naar de gebruikelijke zorg. Ieder kind van de leeftijd van verzekerde krijgt meerdere maaltijden per dag in de vorm van borstvoeding of flesvoeding. Bij verzekerde wordt de voeding gegeven via een sonde. Omdat verzekerde boven gebruikelijke voedingen krijgt, is in de indicatie driemaal de tijd van het voeden meegenomen. Daarnaast is de zorg voor de Mickey button en nog eenmaal het toedienen van medicatie betrokken. De andere medicatiemomenten vinden aansluitend aan de voeding plaats. Omdat het uitzuigen geen gebruikelijke zorg is, is dit meegenomen in de toegekende tijd voor Verpleging. Ook de observatie voor saturatie en balloncontrole van de Mickey button zijn onder Verpleging gebracht.



5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat een verpleegkundige de indicatie heeft gesteld, die aan de eisen voldoet. Vanuit de ziektekostenverzekeraar wordt echter ook bekeken

wat er geïndiceerd is, en of dit wordt overgenomen. Naar aanleiding van de indicatiestelling is er contact geweest met verzoekster en met de indicierend wijkverpleegkundige. De medewerker van de PGB-afdeling heeft medegedeeld dat er vergissingen zijn geweest, en aan de hand daarvan zijn er correcties aangebracht. De verpleegkundige heeft gezegd dat zij niet meer precies wist wat zij had gezegd. Met betrekking tot het doorbewegen heeft zij zich wel vergist, want dit valt onder fysiotherapie, en niet onder het PGB vv. Inmiddels is voor verzekerde een machtiging afgegeven voor fysiotherapie. Er moet ook worden gekeken naar de tijd die normaal gesproken door de ouders in een gezond kind wordt gestoken. Daarom wordt er vergeleken. Hiermee wordt niet afgedaan aan het feit dat het bij verzekerde gaat om een kind met een beperking.

5.5. Bij brief van 25 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat met het huisbezoek dat na de hoorzitting heeft plaatsgevonden, een goed beeld is ontstaan van de thuissituatie. De medicatieverstrekking en voedingsmomenten zijn anders verlopen dan aanvankelijk is voorgesteld. Er is minder sprake van gekoppelde zorg van voeding en medicatie. Hierop zal de ziektekostenverzekeraar de eerdere toekenning van 10 uren Persoonlijke Verzorging naar 12 uren en 15 minuten per week. De uren Verpleging handhaaft de ziektekostenverzekeraar op 12 uren per week.

5.6. Bij e-mailbericht van 15 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat door een tweede wijkverpleegkundige bij verzekerde een herindicatie is gesteld voor 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 69 uren en 30 minuten Verpleging per week. De wijkverpleegkundige had een aantal handelingen onder de verkeerde functie geïndiceerd. Van de gestelde indicatie zijn door de ziektekostenverzekeraar 62 uren en 15 minuten toegekend. Ook hier is rekening gehouden met de gebruikelijke zorg. Deze bestaat uit 23 uren Persoonlijke Verzorging en 29 uren en 15 minuten Verpleging per week.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv zoals aangevraagd alsnog aan verzoekster toe te kennen althans tot een hoger aantal uren dan nu is toegekend.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 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. Deze zorg omvat coördinatie,

signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. 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.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

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. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

2. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg) vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis. De kinderverpleegkundige, niveau 5 stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

2. Onder de zorg zoals benoemd in 2.1. valt niet de verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:

- er behoefte is aan permanent toezicht, of*
- 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en deze zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Deze zorg wordt intensieve kindzorg genoemd.*

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn (...)"

- 8.5. Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) 4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van:

- de aangevraagde uren pgb vv die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd, en/of de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd en;*
- de maximale tarieven voor formele en informele zorgverleners en;*

• het door u ingevulde schema bij punt 7 en 8 van deel 2: Verzekerde deel van het aanvraagformulier. (...)

9. Bij de berekening van het budget wordt er gerekend met de tarieven voor formele en informele tarief artikel 7.2. Hierbij wordt gekeken naar het aanvraagformulier deel 2 waarop vermeld staat bij welke zorgaanbieders er zorg wordt ingekocht."

- 8.6. De artikelen 13 van de zorgverzekering en 2 en 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
Verpleging en Verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.
- 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 ziektekostenverzekeraar 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld en dat zij hiervoor een indicatie heeft. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag op hoeveel uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging zij is aangewezen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 9 augustus 2018 hebben beide partijen onvoldoende onderbouwd in hoeverre onderdelen van de geïndiceerde zorg als gebruikelijke zorg kunnen worden aangemerkt. Hieruit leidt de commissie af dat het zorgplan zoals dat in eerste instantie door de indicierend wijkverpleegkundige is opgesteld, niet voldoet aan de hieraan te stellen voorwaarden. Uitgangspunt is dat degene die aanspraak maakt op vergoeding uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst aannemelijk dient te maken dat aan de toepasselijke voorwaarden is

voldaan. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat in het zorgplan, naast gebruikelijke zorg, zorg was opgenomen die niet onder de aanspraak op Verpleging en Verzorging valt onderscheidenlijk niet doelmatig is.

9.3. Uiteindelijk is de ziektekostenverzekeraar, na een huisbezoek, overgegaan tot toekenning van 12 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 12 uren Verpleging per week. Totaal zijn derhalve van de aangevraagde 60 uren per week, 24 uren en 15 minuten toegekend. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de forse vermindering van het aantal uren te maken met geïndiceerde zorg voor onder andere het door bewegen van de benen. Hiervoor is inmiddels een machtiging voor fysiotherapie ten behoeve van verzekerde toegekend. Verder houdt de reductie verband met de gebruikelijke zorg die aan een kind van dezelfde leeftijd wordt gegeven.

9.4. Het is de commissie gebleken dat, na een herindicatie door een andere wijkverpleegkundige, door de ziektekostenverzekeraar een PGB vv is toegekend van totaal 62 uren en 15 minuten, bestaande uit 23 uren Persoonlijke Verzorging per week en 39 uren en 15 minuten Verpleging per week. De overgelegde stukken, waaronder het verslag van het huisbezoek, bieden geen inzicht in het grote verschil tussen de toekenning van het aantal uren ten tijde van de eerste indicatie en de tweede indicatie. Niet aannemelijk is dat de situatie van verzekerde in een jaar tijd zodanig is verslechterd dat hiermee het verschil kan worden verklaard. Dit volgt ook uit het definitief advies van het Zorginstituut van 3 december 2018. Aangezien de eerste indicatie totaal 60 uren betrof, en de tweede indicatie totaal 62 uren en 15 minuten per week, is aannemelijk dat ook de eerste indicatie een realistische weergave was van het aantal benodigde uren zorg op dat moment. Partijen zijn het erover eens dat het doorbewegen van de benen niet valt onder Persoonlijke Verzorging of Verpleging, zodat de hiervoor geïndiceerde uren nog in mindering moeten worden gebracht op het totaal van 60 uren. Uitsluitend de verdeling van deze uren op basis van Persoonlijke Verzorging respectievelijk Verpleging kan de ziektekostenverzekeraar uitgaan van de indicatiestelling door de tweede wijkverpleegkundige, aangezien door hem is gesteld en door verzoekster niet is bestreden dat door de eerste wijkverpleegkundige bepaalde handelingen onder de verkeerde functie waren geïndiceerd. Verzoekster heeft derhalve aanspraak op het restant, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat verzoekster ten behoeve van verzekerde aanspraak heeft op een PGB vv voor totaal 60 uren per week, onder aftrek van de uren die zien op het doorbewegen van de benen.

9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met dien verstande dat verzoekster ten behoeve van verzekerde aanspraak heeft op een PGB vv voor totaal 60 uren per week, onder aftrek van de uren die zien op het doorbewegen van de benen



- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 12 december 2018,



L. Ritzema

