



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C,
vertegenwoordigd door D te E, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en
Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), intensieve kindzorg (IKZ), aantal toegekende uren

Zaaknummer : 201800218

Zittingsdatum : 12 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester 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: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 GarantVerzorgd 2 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 GarantTandVerzorgd 950 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) ten behoeve van verzekerde. Bij brief van 30 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een PGB vv toe te kennen op basis van zeven uren Persoonlijke Verzorging (formeel), veertien uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging (informeel) en vijf uren en vijftien minuten Verpleging (formeel) per week voor de periode van 30 november 2017 tot en met 31 december 2017.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van het aantal toegekende uren, en heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ingediend. Bij brief van 9 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een hoger aantal uren toe te kennen, namelijk zestien uren Persoonlijke Verzorging (informeel), zeven uren Verpleging (formeel) en vijf uren en veertig minuten Verpleging (informeel) per week. Volgens verzoeker is dit aantal uren nog steeds niet toereikend.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 10 maart 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ten

behoefte van verzekerde een PGB vv toe te kennen op basis van zeven uren Persoonlijke Verzorging en 49 uren Verpleging per week, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juni 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 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 12 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018030650) de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen. Op basis van de beschikbare informatie concludeert de medisch adviseur van het Zorginstituut dat de zorgvraag niet aansluit bij de indicatie zoals deze door de wijkverpleegkundige is gesteld. Uit de stukken blijkt namelijk dat de omgeving en de zorgvraag van verzekerde na de indicatiestelling zijn gewijzigd. Om deze reden kan geen beoordeling plaatsvinden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 juli 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 18 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Verder heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies in te gaan op de second opinion van de wijkverpleegkundige die de thuissituatie heeft beoordeeld. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In reactie op de gestelde vraag heeft het Zorginstituut het volgende geantwoord:
"Het zorgplan van Allertzorg sluit niet aan bij de pgb aanvraag. De pgb aanvraag bevat meer uren dan de geïndiceerde uren door Allertzorg. Daarnaast kan het zorgplan niet meegenomen worden bij de beoordeling van de aanvraag omdat het onduidelijk is of het zorgplan compleet is en het zorgplan is niet ondertekend. Overigens bevat het zorgplan van Allertzorg geen totaal aantal uren. Het aantal geïndiceerde uren komt bij elkaar opgeteld neer op 2 uur en 10 minuten verpleging en 14 uur verzorging per week. Verweerder heeft bij brief d.d. 09-01-2018 medegedeeld een pgb toe te kennen van in 16 uur verzorging en 12 uur en 40 minuten verpleging per week. Dit zijn meer uren dan de geïndiceerde uren door Allertzorg."
Een afschrift van dit advies is op 2 oktober 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw-rgb)' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: "(...) Ik wil pgb voor verpleging/verzorging om eigen regie te kunnen voeren. Ik weet zelf wat het beste is voor mijn zoon en wil daarom zelf bepalen wie hem verpleegt/verzorgt. Daarnaast heb ik met het pgb meer controle hierop. Ik kan de zorg zo inrichten waar wij ons het meest comfortabel bij voelen in onze thuissituatie. Daarnaast heeft hij verpleging/

verzorging nodig op verschillende tijden op de dag, op veel korte momenten, zowel op school, als thuis. Dit vereist veel flexibiliteit en het pgb biedt dit. (...) Wij hebben behoefte aan structuur en vastigheid van een vaste zorgverlener. Door [verzekerde]'s gezondheid, maar ook die van zijn broer is er veel hulpverlening geweest van diverse partijen. Dit heeft de thuissituatie verstoord. Daarnaast heb ik lichaamsintegriteit hoog zitten en wens ik zelf te kiezen wie mijn zoon verpleegt/verzorgt. Zijn zorgbehoefte is deels onplanbaar bij verstopping, dislocatie, bloeding, lekkage, etc. [Verzekerde] heeft zorg nodig op verschillende tijden op de dag en op veel korte momenten op de dag. Hij heeft zorg nodig op verschillende locaties; zowel school als thuis bijvoorbeeld. Hij heeft ook zorg nodig op ongebruikelijke tijden; zoals 's nachts. (...) Door de PEG-sonde is er sprake van bovengebruikelijke zorg, ondanks de leeftijd van [verzekerde]. Hij heeft meer en frequenter hulp nodig bij uit/in bed komen, aan/uitkleden, lichamelijke hygiëne, toiletbezoek, eten/drinken, medicijnen innemen. Vaak ook ondersteuning bij misselijkheid en spugen in de nacht. Persoonlijke verzorging is vooral in de ochtend en avond. Dit wordt door moeder geleverd. (...) [Verzekerde] dient 5 keer per dag sondevoeding toegediend te krijgen. [Verzekerde] volgt regulier basisonderwijs waarbij er dus sondevoeding op school toegediend moet worden om 09.00 en 11.00. Deze momenten zal de zorg (verpleging) door Sanitas Zorg geleverd worden. Als vervanging heb ik (...), mijn oudere broer van 20 die ook bij ons thuis woont. Ook hij is geschoold in het geven van de zorg rondom de sondevoeding, verzorging rondom de PEG catheter, de medicatietoediening en de toediening van de klysma's. Thuis zullen mijn moeder (...) en broer de verpleging doen. Echter zal dit overdag lastig worden i.v.m. haar werk. (...)"

4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzekerde verklaard:

"(...) Noodzakelijke zorg:

- Toediening medicatie
- Verpleegtechnische handelingen bij sondevoeding
- Controle gewicht
- Verzorging wond en niet-intacte huid rondom onnatuurlijke lichaamsopening (PEG)
- Toediening medicatie
- Huidverzorging rondom de PEG
- Dompelen van PEG sonde
- Verwisselen van de maagsonde
- Klysma toedienen
- Bewaken infectieparameters (...)

[Verzekerde] is onder behandeling in het Juliana Kinder Ziekenhuis. Is bekend met de volgende medische problemen:

- Zeer vaak luchtweginfecties/longontstekingen
- Slecht groeien
- Klachten van kortademigheid bij de luchtweginfecties
- Slaapproblemen

Er blijkt sprake te zijn van een afweerstoornis, het zogenaamde Lazy leukocyt Syndrome. Dit kan een groot deel van [verzekerde] zijn gezondheidsproblemen verklaren. Met name zijn overgevoeligheid voor infecties en zijn matige groei. Hij wordt op dit moment intensief begeleid door de kinderlongarts, kinderinfectioloog en de diëtiste. (...) [Verzekerde] heeft momenteel een neusmaagsonde (sinds 24-07-2017), maar krijgt per 25 november 2017 een PEG-sonde. Dit vergt de nodige verpleging en verzorging. Daarnaast zal hij ook 5 keer per dag sondevoeding toegediend moeten krijgen. [Verzekerde] heeft het Lazy leukocyt syndroom, een afweerstoornis. Dit verklaart zijn groeistoornis, bronchiale hyperreactiviteit (luchtweginfecties), astma en slaapproblemen. [Verzekerde] slikt ook veel medicatie op een dag. Het meeste daarvan wordt via de sonde toegediend. Verder is hij vaak zwak en heeft daarom ook meer ondersteuning nodig. (...) Doordat [verzekerde] vaak ziek is, mist hij veel van school. Zijn moeder komt ook vaak naar school voor extra begeleiding bij de sondevoeding en voor extra begeleiding en controle i.v.m. [verzekerde] zijn luchtwegklachten en zijn vermoeidheid. (...) Beperkingen in zich wassen (...) Beperkte inspanningsintolerantie. [Verzekerde] is nog niet geheel zindelijk, moet veelvuldig plassen door de hoeveelheid sondevoeding die hij krijgt. Doordat [verzekerde] snel vermoeid is, kost deze zorg meer tijd dan gebruikelijk (...) Beperkingen in zichzelf kleden (...) Doordat [verzekerde] snel vermoeid is, kost deze zorg meer tijd dan gebruikelijk (...) Risico op ineffectieve uitscheiding/infectie (...) Door een congenitale afwijking bij de geboorte is de anatomie van de urinewegen en darmstelsel afwijkend

(...) Moeder geeft [verzekerde] onderhoud Antibiotica ter voorkoming van infecties. Moeder geeft [verzekerde] laxantia en zo nodig een klysma ter voorkoming van obstipatie. Moeder observeert op infectie verschijnselen zoals koorts, troebele of sterk ruikende urine en algehele malaise. (...) Risico op huiddefect/infectie (...) Plaatsing van een PEG sonde (...) Draaien en dompelen van de PEG sonde. Dagelijkse huidcontrole bij insteekplaatsen. Bij huidlaesies de medisch specialisten raadplegen. (...) Gemiddeld 1 x per nacht [verzekerde] ondersteunen bij verwisselen van de voeding en andere ongemakken, alarmen van het sondevoedingsapparaat, misselijkheid en/of spugen. Zonodig extra luchtwegmedicatie. (...)"

De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzekerde een indicatie gesteld voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week en 49 uren Verpleging per week.

- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar betreft het douchen, wassen en aankleden van een kind van vier jaar oud gebruikelijke zorg. Verzekerde heeft echter een PEG-sonde waardoor deze zorg substantieel hoger uitvalt dan indien dezelfde zorg wordt verleend aan een gezond kind van die leeftijd. Douchen van een kind met een PEG-sonde is zeker anders dan het douchen van een gezond kind. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de moeder van verzekerde haar huishoudelijke taken kan uitvoeren terwijl verzekerde sondevoeding krijgt. Bij de sondevoeding is echter sprake van permanent toezicht, omdat verzekerde zich nog niet bewust is van de fatale consequenties die de bedrading in zijn maag kan meebrengen. De ziektekostenverzekeraar kent hiervoor maar vijftien minuten per keer toe, terwijl de persoon die hem helpt er een uur naast moet zitten.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat voor verzekerde een PGB vv is aangevraagd voor onder meer hulp bij het toedienen van sondevoeding. De indicierend wijkverpleegkundige, een gecontracteerde zorgverlener, heeft zestig minuten Verpleging per toediening van sondevoeding geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar heeft het geïndiceerde aantal minuten voor deze verpleegkundige handeling verlaagd naar vijftien. De toediening van sondevoeding bij verzekerde varieert van twee tot vier uur. Tijdens deze toediening kan hij misselijk worden en zelfs braken. Om die reden is toezicht tijdens de sondevoeding absoluut noodzakelijk. Er is een second opinion verricht, waarbij in de thuissituatie een indicatie is gesteld voor dertig minuten Verpleging per toe te dienen sondevoeding. Daarom vindt verzoeker het standpunt van de ziektekostenverzekeraar onbegrijpelijk. De indicierend wijkverpleegkundige heeft verklaard dat zij een indicatie van minder dan veertig minuten Verpleging per toe te dienen sondevoeding niet redelijk acht. Een en ander is schriftelijk door haar bevestigd. Dit duidt er niet op dat de ziektekostenverzekeraar de indicatie in overleg met de indicierend wijkverpleegkundige heeft verlaagd naar vijftien minuten Verpleging per toe te dienen sondevoeding.

- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Naar aanleiding van de aanvraag voor het PGB vv heeft de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Na dit gesprek is de situatie van verzekerde duidelijk geworden en is door de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar een aanpassing aangebracht in het zorgplan. Zij heeft hierover in een e-mailbericht van 4 januari 2018 aan de indicierend wijkverpleegkundige geschreven:
- "(...) Bedankt voor de telefonische toelichting van zonet over de indicatiestelling van [verzekerde]. Op basis van de informatie die je mij hebt gegeven in combinatie met de informatie die mijn collega heeft gekregen tijdens het gesprek met de moeder van [verzekerde] passen we het aantal geïndiceerde zorguren aan.*
- Omdat de maagsonde is vervangen door een PEGsonde bestaat er geen risico meer op aspiratie. Daardoor is er minder intensief toezicht nodig tijdens het inlopen van de sondevoeding. We passen hiervoor tijd aan van 60 minuten per keer naar 15 minuten. Alleen als moeder (of een professionele zorgverlener) naar school gaat voor de sondevoeding houden we de originele tijd van 1 uur aan omdat de zorgverlener in de tussentijd bij [verzekerde] moet blijven.*

- Toen je de indicatie hebt gesteld, lag [verzekerde] in het ziekenhuis om hem te laten herstellen van infecties en ter voorbereiding op de plaatsing van de PEG. Je hebt hem dus niet in de thuissituatie kunnen beoordelen.

- In de indicatiestelling heb je het wassen/douchen en aankleden van [verzekerde] meegenomen als zorgtijd. Gezien de leeftijd van [verzekerde] (4 jaar) is dit gebruikelijke zorg zoals ouders die bieden aan kinderen van deze leeftijd. Daarom wordt deze tijd in mindering gebracht.

- Het toedienen van de klysma doet moeder niet elke dag maar wordt gedaan als [verzekerde] meerdere dagen geen ontlasting heeft gehad. Ik ga er vanuit dat dit maximaal ongeveer om de dag gebeur[t]. Daarvoor reken ik dan 1 uur per week (ipv 1:45 uur). (...)"

- 5.2. Er bestaan geen standaard regels rondom zorg bij een PEG-sonde. De hiervoor benodigde zorg betreft enkel het aan- en afkoppelen van de sonde. Uiteraard is het daarnaast noodzakelijk dat iemand in de nabijheid is om te helpen wanneer het apparaat gaat piepen of wanneer verzekerde moet overgeven. De moeder van verzekerde levert de zorg en kan intussen ook andere activiteiten uitvoeren, zoals zij tijdens het Bewust Keuze Gesprek heeft bevestigd. Om die reden is besloten de tijd die hiervoor door de adviserend wijkverpleegkundige was geïndiceerd te beperken tot vijftien minuten per keer.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in totaal zestien uren (in plaats van zeven uren) Persoonlijke Verzorging toegekend en twaalf uren en veertig minuten (in plaats van 49 uren) Verpleging. De reden dat meer uren Persoonlijke Verzorging zijn toegekend dan is aangevraagd, is dat in de aanvraag uren onder de noemer 'Verpleging' zijn genoteerd, die naar de mening van de ziektekostenverzekeraar onder de noemer 'Persoonlijke Verzorging' thuishoren. Daarbij is de eerste indicatie niet gesteld in de thuissituatie, maar in het ziekenhuis. In het ziekenhuis werden verpleegkundige handelingen verricht waarvoor meer tijd moet worden gerekend. Verzekerde had namelijk eerst een neus-maag-sonde. Hij heeft in het ziekenhuis echter een PEG-sonde gekregen. Dit heeft de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar ook met de indicierend wijkverpleegkundige besproken. De zorgvraag zoals die thuis is, moet nog in kaart worden gebracht. De uren die nu niet zijn toegekend, betreffen naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar gebruikelijke zorg.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de indicierend wijkverpleegkundige verzekerde heeft bezocht in het ziekenhuis. Inmiddels is hij thuis en heeft hij een andere sonde dan ten tijde van de indicatiestelling. Uit het Bewust Keuze Gesprek met de moeder van verzekerde blijkt dat zij gedurende de toediening van de sondevoeding niet de hele tijd bij hem aanwezig hoeft te zijn en derhalve in deze tijd ook andere dingen kan doen. Deze omstandigheden hebben ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar vijftien minuten Verpleging per toe te dienen sondevoeding in de thuissituatie meer passend acht. Anders is dit voor de toe te dienen sondevoeding bij verzekerde op school. De moeder van verzekerde heeft immers verklaard dat zij in deze situatie geen andere dingen kan doen en gedurende het hele uur bij verzekerde aanwezig is voor de sondevoeding. Zestig minuten Verpleging is in deze situatie derhalve wél een passende indicatie. Een en ander is in overleg met de indicierend wijkverpleegkundige gegaan.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 verzoeker ten behoeve van verzekerde een PGB vv toe te kennen op basis van zeven uren Persoonlijke Verzorging en 49 uren Verpleging per week, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft.*

Jonger dan 18 jaar

Als u nog geen 18 jaar bent heeft u alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij

- a. er sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of*
- b. er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof).*

Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als u vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging geïndiceerd hebt gekregen of als de persoonlijke verzorging onderdeel is van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO).

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op menzis.nl vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40. (...)"

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

"2.1 Het Pgb is uitsluitend bestemd voor een specifieke doelgroep. U behoort tot deze doelgroep als u langer dan één jaar behoefte heeft aan verpleging en verzorging.

2.2 Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*

c. geen kraamzorg betreft.

2.3 Onder verpleging en verzorging valt niet verzorging van verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

a. sprake is van een behoefte aan permanent toezicht, of

b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen. (...)"

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"3.1 U ontvangt een Pgb als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle navolgende voorwaarden, tenzij zich een weigeringsgrond voordoet:

a. u bent naar het oordeel van Menzis in staat met het Pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit,

b. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,

c. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg, en

d. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Pgb geleverd wil en kan krijgen. (...)"

- 8.6. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) 5.5 De wijkverpleegkundige moet zich bij het invullen van het aanvraagformulier houden aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Als u jonger dan 18 jaar bent en behoefte heeft aan verzorging als bedoeld in artikel 2.3, moet de wijk(kinder)verpleegkundige het aanvraagformulier invullen aan de hand van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS).

5.6 Voor zover in uw zorgbehoefte kan worden voorzien door de verlening van gebruikelijke zorg door uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, mag uw wijkverpleegkundige die gebruikelijke zorg niet meetellen bij het vaststellen van uw behoefte aan verpleging en verzorging als bedoeld in de artikelen 2.2 en 2.3. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven. (...)

5.9 Als Menzis uw volledig ingevulde aanvraagformulier heeft ontvangen, kan Menzis u vragen om uw aanvraag tijdens een persoonlijk gesprek toe te lichten. Dit gesprek wordt ook wel 'bewustekeuzegesprek' genoemd. Als uit uw volledig ingevulde aanvraagformulier al voldoende duidelijk blijkt dat u geen recht heeft op een Pgb, kan Menzis besluiten om af te zien van een bewustekeuzegesprek."

- 8.7. De zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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 zijn 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 2.27 tot en met 2.29 Rzv.

8.9. 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, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Ook staat niet ter discussie dat verzekerde voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt. De vraag die dient te worden beantwoord, is of het aantal door de ziektekostenverzekeraar toegekende uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week juist is dan wel dat dient te worden uitgegaan van de door de indicerend wijkverpleegkundige gestelde indicatie voor zeven uren Persoonlijke Verzorging en 49 uren Verpleging per week. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker is niet bestreden, dat de wijkverpleegkundige haar indicatie voor verzekerde heeft gesteld toen hij nog in het ziekenhuis lag. Dit volgt ook uit het door de wijkverpleegkundige opgestelde zorgplan. Naar de commissie begrijpt, verblijft verzekerde inmiddels thuis, en is hij daar niet door de wijkverpleegkundige gezien. Hij beschikt thans, anders dan in het ziekenhuis, over een PEG-sonde. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld - en verzoeker heeft niet bestreden - dat ten tijde van het verblijf in het ziekenhuis verpleegkundige handelingen werden verricht waarvoor meer tijd moet worden gerekend, zoals in verband met de toen nog aanwezige neus-maag-sonde. De wijkverpleegkundige heeft weliswaar in het zorgplan opgenomen dat verzekerde binnen afzienbare tijd een PEG-sonde zou krijgen, maar omdat de omgeving en de zorgvraag sinds de indicatiestelling zijn gewijzigd, kan niet worden uitgegaan van het zorgplan om tot het aantal toe te kennen uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging te komen. Dit is ook de reden dat het Zorginstituut bij brief van 12 juli 2018 aan de commissie heeft medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen. Het ongedateerde zorgplan



van Allertzorg kan niet leiden tot een ander oordeel. Hoewel de hierin vermelde indicatie is gesteld in de thuissituatie van verzekerde, zijn hierin totaal minder uren zorg berekend dan door de ziektekostenverzekeraar na aanpassing zijn toegewezen. Het Zorginstituut schrijft daarom in zijn brief van 27 september 2018 dat de aantekeningen en het zorgplan van Allertzorg geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. De commissie sluit hierbij aan.



Het lag op de weg van verzoeker om, gegeven de gewijzigde omstandigheden, na ontslag van verzekerde uit het ziekenhuis een nieuwe - volledige - indicatie te laten stellen. Dit is niet gebeurd. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar, op basis van de onder 9.2 bedoelde indicatiestelling, het aantal uren verhoogd. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.



- 
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd gesteld waarom hij van mening is dat op basis van de huidige beschikbare informatie wordt uitgekomen op een indicatie van zestien uren Persoonlijke Verzorging per week en twaalf uren en veertig minuten Verpleging per week. Verzoeker heeft deze uitkomst weliswaar bestreden, maar is naar het oordeel van de commissie niet erin geslaagd op zorginhoudelijke gronden aannemelijk te maken dat verzekerde aanspraak heeft op een hoger aantal uren dan is toegekend, ten laste van de zorgverzekering.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 november 2018,



G.R.J. de Groot

