



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

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

Zaaknummer : 201700704

Zittingsdatum : 27 september 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

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

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 Goede 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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Beter 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) met ingang van 1 januari 2017. Bij brief van 10 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld geen PGB vv toe te kennen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 maart 2017 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 28 mei 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzekerde 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 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 8 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 september 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017035931) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de volgende grond: *"De vraag die in casu beantwoord moet worden is of de geïndiceerde zorg voldoet aan het intensieve-kindzorgcriterium. Om aan dit criterium te voldoen dient er sprake te zijn van complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap. Daarnaast moet er sprake zijn van een behoefte aan permanent toezicht of moet er 24 uur zorg per dag in de nabijheid beschikbaar zijn in combinatie met specifieke verpleegkundige handelingen. In het zorgplan wordt gesteld dat vanwege refluxklachten er een noodzaak bestaat tot permanent toezicht. De medisch adviseur merkt echter op dat een medische onderbouwing hiertoe ontbreekt."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 september 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 september 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. In vervolg op de hoorzitting heeft verzoekster bij brief van 28 september 2017 stukken aan de commissie respectievelijk de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 oktober 2017 op de nagekomen stukken gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Bij brief van 18 oktober 2017 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 aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 oktober 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift van het definitief advies is op 25 oktober 2017 aan partijen gezonden. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit stuk en op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 17 oktober 2017 te reageren. Verzoekster heeft op 2 november 2017 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De kinderarts bij wie verzekerde eerder onder behandeling was heeft op 12 december 2016 het volgende over hem verklaard: *"(...) Bij ons is onderstaande patiënt langdurig onder behandeling. Het betreft een 2 jarig jongetje met ernstige voedingsweigering en spugen, met bedreigde gewichtsgroei, waarvoor intensieve begeleiding door oa diëtiste, fysiotherapie en logopedie, met kwetsbare systeembalans waarvoor ondersteuning vanuit DeKinderGGZ. Gezien de intensieve zorgzwaarte rondom de voedingen is een regulier kinderdagverblijf ontoereikend (...)"*.
- 4.2. Voor zover hier van belang heeft de indicerend kinderverpleegkundige op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' verklaard: *"[...] heeft 24 uur per dag toezicht nodig, aangezien hij door zijn reflux op verschillende momenten op de dag spuugt, waarbij verhoogd risico op aspiratie en dus ademstilstand. Ouders verlenen zorg, zijn geschoold in het toepassen van APLS [...]"*
In het zorgplan heeft de kinderverpleegkundige, voor zover hier van belang, het volgende over verzekerde verklaard: *"Om een ademstilstand en de daar bijkomende gevolgen te voorkomen is*

het van groots belang dat er 24 uur per dag toezicht is op [verzekerde] waardoor er adequaat en direct gehandeld kan worden als [verzekerde] zich verslikt in braaksel en slijm bij reflux. Om groei problemen en verdere ontwikkeling van angsten en eetweigering te voorkomen, is het van belang dat de moeder van [verzekerde], iedere dag en gedurende de dag, veel tijd en energie inzet rondom de eet- en poepmomenten."

De kinderverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 41 uren en 42 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 4.3. Begin december 2016 heeft verzoekster ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging van het PGB vv. Hierbij heeft zij het zorgplan en de verklaring van de kinderarts bij wie verzekerde onder behandeling was overgelegd. Hierop is verzoekster gebeld door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid is haar medegedeeld dat verzekerde alleen voor Intensieve Kindzorg (hierna: IKZ) in aanmerking komt als 24-uurs toezicht noodzakelijk is. Volgens de ziektekostenverzekeraar is hiervan in de situatie van verzekerde geen sprake. De zus van verzoekster heeft hierover vervolgens diverse telefoongesprekken gevoerd met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Er is volgens verzoekster wel degelijk sprake van een noodzaak voor 24-uurs toezicht. Verzekerde kan zich vanwege de reflux ieder moment van de dag verslikken en stikken in voedsel en/of opkomend slijm. Dit kan in het ergste geval leiden tot een ademstilstand waarbij direct ingrijpen noodzakelijk is. Verzoekster wijst in dit verband op een situatie in het verleden waarbij verzekerde moest worden geholpen door ambulancepersoneel. Voorts merkt zij op een cursus te hebben gevolgd, zodat zij in noodsituaties kan ingrijpen en verzekerde direct kan helpen.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in januari 2017 telefonisch contact gehad met de huidige kinderarts van verzekerde. Deze was volgens verzoekster niet bekend met de situatie van verzekerde, omdat zij pas net in dienst was. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de huidige kinderarts tijdens voornoemd contact verklaard dat bij verzekerde geen sprake is van een levensbedreigende situatie in verband met de verslikkingen/verstikkingen en dat daarom geen 24-uurs toezicht noodzakelijk is. Uit navraag bij de huidige kinderarts blijkt echter dat deze in verband met de privacy geen uitspraken over de medische situatie van verzekerde heeft gedaan en de betreffende medewerker van de ziektekostenverzekeraar hiervoor heeft verwezen naar het medisch dossier. De huidige kinderarts heeft slechts medegedeeld dat zij vindt dat een onafhankelijke arts zou moeten beoordelen of sprake is van een situatie waardoor 24-uurs toezicht noodzakelijk is. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte dat tijdens de beoordeling van het verzoek om heroverweging telefonisch contact heeft plaatsgevonden met de indicierend kinderverpleegkundige. Dit is volgens verzoekster namelijk niet gebeurd.
- 4.5. Verzoekster merkt verder op dat de situatie al jaren zo is dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv afwijst en haar doorverwijst naar de gemeente omdat de zorgvraag van verzekerde tot het domein van de Jeugdwet zou behoren. De gemeente Almere heeft echter geoordeeld dat de zorgvraag niet onder de Jeugdwet valt en heeft verzoekster terugverwezen naar de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor valt verzekerde nu 'tussen wal en schip'.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar een factsheet van het Ministerie van VWS aanhaalt ter onderbouwing van zijn standpunt, maar voorbij gaat aan hetgeen op pagina 2 van deze factsheet staat, namelijk dat het de indicierend kinderverpleegkundige is die bepaalt of er wordt voldaan aan het IKZ-criterium. In de situatie van verzekerde is dit het geval en zonder nadere motivering mag hiervan door de ziektekostenverzekeraar niet worden afgeweken. Voorts wordt door de ziektekostenverzekeraar een telefoongesprek met de huidige kinderarts van verzekerde aangehaald. Dit gesprek is echter niet verifieerbaar en de betreffende kinderarts heeft, als gezegd, medegedeeld tijdens dit gesprek geen medische verklaring over verzekerde te hebben afgelegd. Verzoekster heeft zich opnieuw tot de gemeente gewend en een aanvraag voor zorg vanuit de Jeugdwet ingediend. De gemeente heeft nog geen besluit genomen, maar haar verwezen naar de ziektekostenverzekeraar, net als in 2016. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij op dit moment

de enige zorgverlener van verzekerde is. Het door haar benaderde medisch kinderdagverblijf weigert de zorg voor verzekerde op zich te nemen, vanwege zijn medische situatie. Zij heeft verder opgemerkt dat verzekerde inmiddels is doorverwezen naar een "darmdokter" om zijn slikproblemen te onderzoeken.

Volgens het Zorginstituut is er onvoldoende (medische) informatie beschikbaar om tot een zorgvuldige beoordeling te komen. Verzoekster beschikt evenwel over het gehele medisch dossier en kan dit over leggen. De huidige kinderarts heeft de ziektekostenverzekeraar al eerder, namelijk tijdens het telefonisch contact, medegedeeld dit dossier te willen toesturen. Hierop is destijds niet ingegaan.

- 4.7. In vervolg op de zitting heeft verzoekster het medisch dossier van verzekerde overgelegd. Het betreft haar dat de ziektekostenverzekeraar, hoewel de medisch adviseur de zorgelijke gezinssituatie en de behoefte aan professionele zorg onderschrijft, bij zijn afwijzende beslissing blijft en haar opnieuw verwijst naar de gemeente. De ziektekostenverzekeraar motiveert volgens verzoekster niet waarom verzekerde in 2016 wél aan de criteria voor IKZ voldeed en vanaf 1 januari 2017 - bij gelijk gebleven omstandigheden - kennelijk niet meer. Blijkens de medische verklaring van De Kinderkliniek van 12 december 2016 is sprake van ernstige voedingsweigering. Gezien de intensieve zorgzwaarte is een regulier kinderdagverblijf voor verzekerde geen optie. Verzoekster merkt nogmaals op dat de kinderverpleegkundige heeft vastgesteld dat verzekerde aan de criteria voor IKZ voldoet, en dat de ziektekostenverzekeraar hieraan niet voorbij mag gaan. Bovendien blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar het oordeel van de kinderverpleegkundige betwist. Tot slot wijst verzoekster op het eerder door haar overgelegde journaal van de huisarts, die 24 uren zorg en toezicht eveneens nodig acht.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar merkt allereerst op dat hij met betrekking tot het toekennen van een PGB vv, nadat verzekerde in eerste instantie was verwezen naar de gemeente omdat de zorgvraag volgens de ziektekostenverzekeraar tot het domein van de Jeugdwet behoort, voor 2016 heeft besloten maatwerk toe te passen door een PGB Verzorging af te geven en géén PGB IKZ. De reden hiervoor was dat de indicatie niet was gesteld door een kinderverpleegkundige. Om ervoor te zorgen dat de zorg van verzekerde kon worden gecontinueerd, is destijds voor een half jaar een PGB Verzorging toegekend. Verzoekster is daarbij geïnformeerd dat een nieuwe indicatie moest worden gesteld door een kinderverpleegkundige, zodat de aanvraag voor IKZ in 2017 opnieuw kon worden beoordeeld.

- 5.2. In artikel 13 van de zorgverzekering zijn de voorwaarden voor de aanspraak op een PGB vv beschreven. Het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' (hierna: het reglement) maakt deel uit van de voorwaarden. Artikel 2.2, tweede lid, van het reglement regelt de aanspraak op IKZ en bepaalt dat onder verpleging en verzorging niet de verzorging aan verzekerden tot achttien jaar valt, 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 specifiek verpleegkundige handelingen. Dit komt overeen met artikel 2.10, tweede lid, Bzv.

- 5.3. De aanvraag voor een PGB vv in 2017 is getoetst aan voornoemde voorwaarden. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens blijkt dat de voedingsproblematiek van verzekerde leidt tot een zorgvraag wat betreft zijn persoonlijke verzorging. Er zijn geen specifieke verpleegkundige handelingen noodzakelijk waarvoor de specialistische en gedegen kennis van een kinderverpleegkundige nodig is. Ook is door de kinderverpleegkundige geen verpleging geïndiceerd. Daarom wordt niet voldaan aan de tweede voorwaarde van artikel 2.2, tweede lid, van het reglement.

Met betrekking tot de vraag of er behoefte is aan permanent toezicht wordt verwezen naar de factsheet 'zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op pagina twee van de factsheet wordt permanent toezicht omschreven als *"onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag/etmaal met betrekking tot fysieke functies, waarbij de ouders/hulpverleners actief de vitale lichaamsfuncties van het kind moeten controleren en bewaken"*.

Volgens verzoekster is sprake van permanent toezicht. Dit wordt echter niet medisch onderbouwd. Verwezen wordt in dit verband naar een door verzoekster overgelegd e-mailbericht van het Juiste Loket van 26 april 2017 waarin de betreffende medewerker verzoekster adviseert deze medische onderbouwing te regelen.

De ziektekostenverzekeraar merkt ten aanzien van de medische onderbouwing op dat de huidige kinderarts op 5 januari 2017 telefonisch heeft verklaard dat bij verzekerde geen sprake is van IKZ. Bij brief van 15 februari 2017 heeft de kinderarts de ziektekostenverzekeraar verzocht haar verklaring terzijde te leggen, welk verzoek is gehonoreerd. De verklaring is om die reden niet meegenomen in latere beoordelingen.

- 5.4. Na het verzoek om heroverweging is op 10 maart 2017 door het team Medisch Advies van de ziektekostenverzekeraar opnieuw telefonisch contact opgenomen met de huidige kinderarts om de medische informatie uit het dossier van verzekerde te bespreken. Volgens de kinderarts betreft het een voedingsprobleem waarvoor nog geen duidelijke diagnose is gesteld. Er is sprake van voeding weigeren en spugen na het innemen van voeding waarvoor nog geen duidelijk behandelbeleid is opgesteld. Wel gebruikt verzekerde medicatie en is hij onder behandeling van een psycholoog. Voorts heeft de kinderarts verklaard dat geen specifieke verpleegkundige handelingen zoals beademing, monitorbewaking of infuustherapie aan de orde zijn. Verzekerde is een angstig kindje. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de kinderarts zich niet heeft uitgesproken over het wel of niet noodzakelijk zijn van permanent toezicht of van 24 uur zorg in de nabijheid. Op basis van voorgaande informatie heeft het team Medisch Advies het volgende geconcludeerd: *"Er is geen sprake van een complexe lichamelijke beperking, waarvoor 24 uur zorg of toezicht in de nabijheid noodzakelijk is. Voor elk (bijna) 3 jarig kind is er sprake van gebruikelijke zorg. Er is uitsluitend tijdens/bij de voedingsmomenten een risico op spugen. Buiten deze momenten om is er geen risico op spugen, waardoor er op medische gronden geen 24-uurs toezicht of monitoring noodzakelijk is. Dit betekent dat er op basis van de beschikbare stukken, de informatie van de kinderverpleegkundige en de feitelijke informatie van de kinderarts geen aanspraak is op IKZ zorg."* De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat uit het aanvraagformulier blijkt dat verzoekster de enige zorgverlener is. Daarnaast bestaat uitsluitend tijdens/bij het voeden een risico op spugen en wordt er geen gebruik gemaakt van monitorbewaking, zodat geen sprake is van permanent toezicht.
- 5.5. Uit artikel 2.10, tweede lid, Bzv en de toelichting hierop blijkt dat de zorgvraag van verzekerde tot het domein van de Jeugdwet behoort.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de indicierend kinderverpleegkundige door verzoekster zelf is benaderd en dat deze niet aan haar is toegewezen. Bij de beoordeling of verzekerde voldoet aan het IKZ-criterium dient te worden getoetst aan artikel 2, tweede lid, van het toepasselijke reglement. Op basis van het gesprek dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op 10 maart 2017 met de huidige kinderarts heeft gevoerd - waarbij de feitelijke informatie uit het medisch dossier is besproken - is geoordeeld dat verzekerde niet aan genoemd criterium voldoet. Ter onderbouwing is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de laatste pagina van de factsheet, waarin de verpleegkundige handelingen staan opgesomd. De ziektekostenverzekeraar kan zijn oordeel enkel baseren op de thans beschikbare medische informatie. Verzoekster is meerdere malen verzocht nadere medische informatie over te leggen. Op dit verzoek is door haar echter niet ingegaan. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het PGB in 2016 is toegekend uit coulance. Hij is bereid op basis van het gehele medisch dossier een herbeoordeling uit te voeren, maar ziet geen aanleiding ook voor het jaar 2017 coulance toe te passen.

5.7. Op basis van het door verzoekster overgelegde medisch dossier van verzekerde is door de medisch adviseur opnieuw beoordeeld of de zorgvraag van verzekerde aan het IKZ-criterium voldoet. De medisch adviseur benadrukt dat IKZ de zorg voor kinderen met complexe medische problemen of een lichamelijke handicap is, waarbij tevens een noodzaak bestaat tot permanent toezicht of tot 24-uurs zorg per dag in de nabijheid, in combinatie met specifieke verpleegkundige handelingen. Verzekerde is een 3-jarig, angstig kind dat voedsel weigert of uitspuugt. Tot op heden is hiervoor geen medische diagnose bekend, zodat er geen medische onderbouwing is voor permanent toezicht of een noodzaak tot 24-uurs zorg in de nabijheid. De medisch adviseur blijft bij zijn conclusie dat de zorgvraag van verzekerde niet voldoet aan het IKZ-criterium. Hij erkent dat sprake is van een zorgelijke situatie. Mogelijk is er behoefte aan professionele zorg voor het gehele gezin. Deze zorg kan bijvoorbeeld door een gespecialiseerde (kinder-)verpleegkundige vanuit het Centrum Jeugd en Gezin worden geboden, en via de gemeente - op grond van Jeugdwet - worden ingezet.

5.8. De ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzekerde met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 een PGB vv toe te kennen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde 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. (...) 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.
(...)*

Verwijsbrief nodig van

- 1.(...)
2. *kinderarts: voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar (intensieve kindzorg);*
3. (...)

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, óf
(...)"*

- 8.5. Artikel 13 van de zorgverzekering en artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, onderdeel a, 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

In artikel 13a Zvw is de aanspraak op verpleging en verzorging in de vorm van een PGB opgenomen.

Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

Het PGB vv is opgenomen in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

- 8.7. 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 zorgverzekering biedt aanspraak op een PGB vv. Er dient hierbij te worden voldaan aan de betreffende polisvoorwaarden en de nadere voorwaarden die zijn opgenomen in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar. In artikel 13 van de zorgverzekering is bepaald dat verzekerden jonger dan 18 jaar alleen recht hebben op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij hetzij sprake is van (i) behoefte aan permanent toezicht, dan wel (ii) 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen. In artikel 2.2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar is een overeenkomstige uitsluiting geformuleerd. Verzekerde was ten tijde van de aanvraag twee jaar oud zodat het voorgaande op hem van toepassing is.
- 9.2. De vraag die ter beantwoording voorligt is of in de situatie van verzekerde wordt voldaan aan het hiervoor beschreven IKZ-criterium. Vast staat dat bij verzekerde geen sprake is van een of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Derhalve dient te worden getoetst of in de situatie van verzekerde behoefte bestaat aan permanent toezicht. Alvorens die beoordeling uit te voeren merkt de commissie op dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat in 2016 een PGB voor Verzorging is toegekend uit coulance, zodat hieraan geen conclusies kunnen worden verbonden ten aanzien van de indicatie voor IKZ.
- 9.3. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld en in zijn voorlopig advies van 13 september 2017 overwogen dat in het door verzoekster overgelegde zorgplan wordt gesteld dat vanwege refluxklachten bij verzekerde een noodzaak bestaat tot permanent toezicht, doch dat een medische onderbouwing hiervan ontbreekt. Het Zorginstituut concludeert dat aldus niet is voldaan aan het IKZ-criterium en adviseert de commissie daarom tot afwijzing van het verzoek. Verzoekster is ter zitting door de commissie in de gelegenheid gesteld alsnog met een medische onderbouwing te komen. In vervolg hierop heeft zij het medisch dossier van verzekerde overgelegd. Het Zorginstituut heeft hier kennis van genomen en komt in zijn definitief advies van 24 oktober 2017 tot de conclusie dat een medische onderbouwing van de noodzaak tot permanent toezicht nog altijd ontbreekt. Het advies tot afwijzing van het verzoek blijft daarom gehandhaafd. De commissie onderschrijft de conclusie van het Zorginstituut en maakt deze tot de hare. Hierbij merkt de commissie op dat ook in het na de hoorzitting door verzoekster overgelegde medisch dossier van verzekerde een verklaring van de huidige kinderarts van De Kinderkliniek ontbreekt. Voor zover verzoekster stelt dat de medische onderbouwing voor IKZ blijkt uit het meest recente journaal van de huisarts van september 2017, volgt de commissie haar hierin niet. Verzekerde heeft met ingang van 1 januari 2017 geen aanspraak meer op een PGB VV.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 22 november 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

