



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, in dezen 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), hoogte budget, aantal uren

Zaaknummer : 201601580

Zittingsdatum : 8 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde, in dezen 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 ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld aan verzekerde een PGB vv toe te kennen van totaal 116 uren per week voor de periode van 29 mei 2016 tot en met 31 december 2016.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van het aantal toegekende uren, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven, hetgeen hij bij brief van 31 mei 2016 heeft bevestigd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 5 september 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor de periode van 29 mei 2016 tot en met 31 december 2016 een PGB vv toe te kennen voor meer dan 116 uren per week (hierna: het verzoek). Bij brieven van 20 december 2016 en 27 november 2017 heeft verzoeker zijn verzoek uitgebreid met de door de ziektekostenverzekeraar afgegeven machtigingen betreffende de periodes 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017 (afgegeven op 24 november

2016) respectievelijk 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018 (afgegeven op 22 november 2017).

- 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 19 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 7 februari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 in persoon gehoord.
- 3.9. In aansluiting op de hoorzitting heeft de commissie besloten het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) alsnog te vragen om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 31 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017008735) bij wege van voorlopig advies het volgende aan de commissie medegedeeld:
*"De zorg gedurende de nacht omvat verpleegkundig toezicht in verband met onplanbare zorg. Niet alleen de handelingen dienen geïndiceerd te worden maar de gehele periode van het toezicht gedurende de nacht, voor zover het gaat om zorg die verzekerde meer behoeft dan de gebruikelijke zorg die een gezond kind van dezelfde leeftijd nodig heeft.
Een verblijf in een revalidatie instelling valt onder artikel 2.12 Besluit zorgverzekering. Het begrip revalidatiezorg suggereert geneeskundige zorg waarbij een revalidatiearts verantwoordelijk is. Iedere vorm van verblijf in verband met geneeskundige zorg gaat gepaard met verpleging en verzorging. Deze zorg maakt dus deel uit van het verblijf en zou niet afzonderlijk geïndiceerd moeten worden.
(...)
Op basis van de stukken is niet vast te stellen hoeveel uren geïndiceerd zouden moeten worden. In ieder geval is niet duidelijk of bovenstaande uitgangspunten goed gehanteerd zijn. Het lijkt daarom aan te bevelen een deskundige te vragen de situatie nogmaals te beoordelen. Wellicht kan in overleg met V&VN iemand gezocht worden, die veel ervaring heeft met het Normenkader en die gespecialiseerd is in indicatiestelling bij kinderen met ernstige beperkingen, zoals bij deze verzekerde; (...)"*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 april 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 13 april 2017 respectievelijk 18 april 2017 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.
- 3.10. De commissie heeft naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut op 20 april 2017 de vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (hierna: V&VN) benaderd met het verzoek een deskundige voor te dragen die veel ervaring heeft met het Normenkader en die is gespecialiseerd in de indicatiestelling bij kinderen met ernstige beperkingen. Omdat een reactie uitbleef, heeft de commissie V&VN op 7 juni 2017 een herinneringsbrief gestuurd. Op 10 juli 2017 ontving de commissie telefonisch bericht van V&VN, waarbij de naam van een deskundige is doorgegeven die kon worden benaderd voor het stellen van een indicatie bij verzekerde. Bij brief van 11 september 2017 heeft de betrokken deskundige aan de commissie haar bericht uitgebracht. De deskundige komt hierin uit op een indicatie van 125,5 uren per week.
Een afschrift van het advies is op 13 september 2017 aan partijen gezonden, die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld binnen veertien dagen hierop te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 september 2017 respectievelijk 27 september 2017

gereageerd op het deskundigenbericht. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartijen gezonden.

- 3.11. Bij brief van 3 oktober 2017 heeft de commissie afschriften van de onder 3.10 genoemde reacties van partijen aan de deskundige gezonden, waarbij deze de mogelijkheid is geboden hierop binnen een termijn van tien dagen te reageren. De betrokken deskundige heeft bij e-mailbericht van 17 oktober 2017 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 18 oktober 2017 ter kennisneming aan partijen gezonden.
- 3.12. Bij brief van 18 oktober 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, het deskundigenbericht en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 25 oktober 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Hierin wordt, voor zover hier van belang, het volgende overwogen:
*"(...) Deze kinderverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 125,5 uur per week. Uit de stukken blijkt echter dat zij zich niet ter plekke van de situatie op de hoogte heeft gesteld en geen overleg heeft gehad met de ouders en behandelaren van verzekerde. Het advies van de kinderverpleegkundige kan derhalve niet worden aangemerkt als een valide indicatiestelling die conform het normenkader van de beroepsgroep tot stand is gekomen.
(...) Gelet op het bovenstaande kan (nog steeds) niet worden vastgesteld hoeveel uren geïndiceerd zouden moeten worden. Zorginstituut Nederland kan derhalve geen advies geven over de juistheid van de indicatie. (...)"*
- 3.13. Naar aanleiding van het definitief advies van het Zorginstituut heeft de commissie de betrokken deskundige opnieuw benaderd voor een reactie en haar gevraagd of zij bereid is nader onderzoek uit te voeren. Bij e-mailbericht van 2 november 2017 heeft de deskundige medegedeeld niet bereid te zijn alsnog een indicatie te stellen bij verzekerde thuis. Hierop heeft de commissie V&VN benaderd. V&VN heeft de commissie medegedeeld contact te hebben gehad met de deskundige, die toch bereid zou zijn een aanvullend bericht uit te brengen. Bij brief van 5 januari 2018 is de deskundige hiertoe nogmaals benaderd. Op 30 januari 2018 heeft de deskundige medegedeeld geen verdere medewerking te willen verlenen.
- 3.14. Bij brief van 30 januari 2018 heeft de commissie partijen op de hoogte gebracht van de actuele stand van zaken, en hierbij een afschrift gestuurd van het definitief advies van het Zorginstituut, met de gelegenheid hierop te reageren. Bij brieven van 1 februari 2018 en 12 februari 2018 hebben verzoeker en de ziektekostenverzekeraar op het definitief advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzekerde is geboren na een zwangerschap van 29 weken. Het gevolg hiervan is dat zij te kampen heeft met verschillende lichamelijke afwijkingen. Door deze afwijkingen is verzekerde volledig aangewezen op de hulp van haar ouders, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Daarnaast verblijft verzekerde anderhalve dag per week in een revalidatiecentrum.
- 4.2. Verzekerde had voorheen de beschikking over een PGB op basis van een door UMCG Thuiszorg gestelde indicatie. Deze indicatiestelling was slechts drie maanden oud, toen verzoeker door de ziektekostenverzekeraar werd verzocht een nieuwe aanvraag voor een PGB vv in te dienen. De verpleegkundige die destijds de indicatie had gesteld, was niet meer werkzaam bij UMCG Thuiszorg. Hierop heeft verzoeker een nieuwe indicatie laten stellen door een verpleegkundige van KinderThuisZorg. Deze heeft een indicatie gesteld voor 3,9 uren Persoonlijke Verzorging en 98,2 uren Verpleging per week. Hierin waren verschillende zorghandelingen echter niet betrokken, waardoor het aantal uren aanzienlijk lager is dan volgens de eerdere machtiging. Dit was voor verzoeker de reden een herindicatie te laten uitvoeren door een verpleegkundige van De Schavuiten. Echter, bij deze laatste indicatie worden de uren in de nacht niet geïndiceerd, maar enkel de handelingen. Het gevolg is dat verzekerde ongeveer 55 uren per week erop achteruit

gaat ten opzichte van de aanvankelijk, door UMCG Thuiszorg afgegeven machtiging, terwijl de benodigde zorg hetzelfde is gebleven, en de hele nacht wel iemand aanwezig moet zijn bij verzekerde. Daarnaast ontbreken in deze indicatiestelling de uren die verzekerde doorbrengt in het revalidatiecentrum. Verzekerde heeft hierbij namelijk ook begeleiding nodig. Net als 's nachts worden enkel de handelingen in het revalidatiecentrum geïndiceerd. Alle uren in zowel de nacht als in het revalidatiecentrum dienen echter te worden geïndiceerd, aangezien verzekerde altijd onder toezicht moet staan.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat in de situatie van verzekerde sprake is van Intensieve Kindzorg. Aan de voorwaarde van permanent toezicht wordt voldaan. Voor 2017 is door verzoeker een nieuwe aanvraag gedaan waarbij een verpleegkundige van UMC Groningen Thuis bij verzekerde thuis een indicatie heeft gesteld voor 159 uren en 54 minuten per week. Dit is aanzienlijk hoger dan de laatste indicatie van De Schavuiten van 116 uren per week, waar de ziektekostenverzekeraar op dit moment van uitgaat. Verzoeker vindt dit verschil in uren opmerkelijk, te meer omdat de zorg voor verzekerde al die tijd hetzelfde is gebleven. Verzoeker kan met het huidige budget maar drie nachten zorg inkopen, waardoor hij veel werkzaamheden heeft moeten missen. Daarnaast stelt hij dat de hele procedure om een juiste indicatiestelling te krijgen veel te lang heeft geduurd. Inmiddels zijn verzoeker en zijn echtgenote tien maanden verder, terwijl de last voor hen alleen maar groter wordt. Voorts is het voor verzoeker niet duidelijk welke criteria worden gehanteerd voor de beoordeling of de zorg wel of niet gebruikelijk is. Verzoeker benadrukt dat de zorg voor verzekerde erg zwaar is en dat hij en zijn echtgenote het niet redden met het huidige budget.
- 4.4. Bij brief van 13 april 2017 heeft verzoeker gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 31 maart 2017. Met betrekking tot de te indiceren uren in het revalidatiecentrum geldt dat verzekerde op Het Roessingh ergotherapie, fysiotherapie en logopedie krijgt, waarbij respectievelijk een ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedist aanwezig zijn. Echter, geen van deze beroepsbeoefenaren is in staat en bevoegd om te gaan met de canule van verzekerde. Verzekerde mocht ook enkel naar Het Roessingh komen op voorwaarde dat een persoon meegaat die weet om te gaan met de canule. Op het terrein van de instelling zal wellicht een geschikte persoon aanwezig zijn, maar eer deze bij verzekerde is, is er al teveel tijd verstreken, met alle gevolgen van dien. Dit is de reden dat ook alle uren die verzekerde in het revalidatiecentrum verblijft moeten worden betrokken in de indicatiestelling.
- 4.5. In reactie op het bericht van de deskundige heeft verzoeker opgemerkt dat de deskundige onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld, nu zij de situatie niet ter plekke heeft opgenomen en noch verzekerde noch haar ouders heeft gezien of gesproken. Dit terwijl de deskundige in het bericht expliciet vermeldt dat de "*indicatie samen met het gezin*" wordt gesteld en dat er contact wordt opgenomen met "*de behandelend artsen, specialisten waar het kind bekend is en overige disciplines*". Dit alles is nagelaten, zodat de deskundige zich onmogelijk een correct en volledig beeld van de situatie en de zorgbehoefte heeft kunnen vormen. Een dergelijk onderzoek zal om die reden alsnog moeten plaatsvinden. Zonder dit onderzoek kan het deskundigenbericht niet als zorgvuldig worden gezien en kan geen (goed) oordeel worden gevormd over verzekerde. Er worden door verzoeker voorts vraagtekens gezet bij de objectiviteit en de insteek van het onderzoek, gelet op de eerste vier alinea's van het bericht. Het lijkt erop dat de deskundige de eerdere indicatiestellers verdedigt en de ouders van verzekerde in een bepaald daglicht zet door op te merken dat ouders zaken kunnen aandikken omdat zij vaak een hoog PGB vv willen hebben. Dit verwijt heeft verzoeker en zijn echtgenote behoorlijk geraakt. De deskundige gaat in het bericht uit van veel gebruikelijke zorg en mantelzorg. Mantelzorg kan echter niet verplicht worden. Wat betreft de gebruikelijke zorg wordt er meer van de ouders verwacht dan redelijk is, mede gezien het feit dat zij een eigen bedrijf hebben waarin zij beiden werkzaam zijn. Er kan onmogelijk worden bepaald wat gebruikelijke zorg is voor verzekerde als de deskundige haar niet heeft gezien en de ouders niet heeft gesproken. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven voor het uitbetalen van de ouders vanuit het PGB.

Er gaat verder wel degelijk een verpleegkundige mee tijdens de bezoeken aan Het Roessingh (twee hele dagen, vier dagdelen), maar dit gaat, gelet op de indicatie, ten koste van de nachtzorg. Voorts moet er continu een geschoold iemand bij verzekerde aanwezig zijn.

De deskundige denkt te makkelijk over mantelzorg. Verzekerde heeft complexe en zware zorg nodig en iemand die dit kan, durft en wil is nauwelijks te vinden. De canule heeft hierbij een afschrikkende werking. Bovendien moeten de ouders vertrouwen in iemand hebben. De grootouders van verzekerde moeten vrij nemen van hun werk om de zorg voor verzekerde te kunnen opvangen.

4.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 25 oktober 2017 en het bericht van 30 januari 2018 dat de deskundige afziet van verdere medewerking, heeft verzoeker opgemerkt feitelijk terug te zijn bij af. Het is nog altijd onduidelijk welke indicatie recht doet aan de situatie van verzekerde, en deze vertraging pakt wederom desastreuus voor haar uit, omdat verzoeker dagelijks ondervindt dat hij aan de huidige uren tekort komt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de situatie van verzekerde hebben twee wijkverpleegkundigen - van KinderThuisZorg en De Schavuiten - een indicatie afgegeven, met een vergelijkbaar resultaat. Voor de ziektekostenverzekeraar bestaat derhalve geen aanleiding te vermoeden dat bij het stellen van deze indicaties fouten zijn gemaakt. Indiceren is mensenwerk, waarbij de interpretatie van de wijkverpleegkundige een belangrijke rol speelt. Zo kan het gebeuren dat verschillende wijkverpleegkundigen bij een verzekerde tot een andere indicatie komen; die ruimte is er. De ziektekostenverzekeraar meent echter dat bij de laatste indicatie van De Schavuiten geen reden is aan te nemen dat de regels omtrent het stellen van de indicatie zijn overtreden. Daarom is uitgegaan van de door deze wijkverpleegkundige gestelde indicatie van totaal 116 uren per week. Het staat verzoeker vrij een nieuwe wijkverpleegkundige in te schakelen. Het kan alleen niet zo zijn dat verzoeker dit net zo lang doet, totdat hij wél tevreden is met de indicatiestelling. Indien een andere wijkverpleegkundige tot een hogere indicatie komt, dient hieraan dan ook een goede onderbouwing ten grondslag te liggen.

5.2. Bij het stellen van de indicatie is beoordeeld welke handelingen moeten worden gedaan bij verzekerde en welke zorg zij meer behoeft dan de gebruikelijke zorg die een gezond kind van haar leeftijd nodig heeft. Op grond van die handelingen wordt het aantal uren bepaald dat aan verzekerde moet worden gegeven en waarvoor het PGB vv wordt afgegeven. Deze uren omvatten zowel de uren zorg die in de nacht moeten worden gegeven als de uren begeleiding in het revalidatiecentrum.

De ziektekostenverzekeraar concludeert dat het toegekende PGB vv voldoet aan de zorgbehoefte van verzekerde.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat het bij de indicatiestelling gaat om de uren boven de gebruikelijke zorg van een ouder met een gezond kind van die leeftijd. Wat betreft de beoordeling van wat gebruikelijke zorg is, wordt aansluiting gezocht bij de criteria van het CIZ. Zo moet ieder kind van dezelfde leeftijd als verzekerde worden geholpen met eten en aankleden, maar bij verzekerde kost dit meer tijd. Op die manier wordt voor alle handelingen extra tijd geregeld. Het is echter wel lastig om meetbaar te maken hoe lang een ouder normaal gesproken zorgt voor zijn of haar kind. Uiteindelijk gaat het om een aantal uren dat over de hele week kan worden ingezet. Ouders kunnen dan zelf bepalen hoe zij die uren inzetten, waarbij vaak wordt gekozen voor de nachturen.

De ziektekostenverzekeraar volgt de indicatie van de wijkverpleegkundige en toetst deze niet inhoudelijk. Het is namelijk niet de bedoeling dat de ziektekostenverzekeraar op de stoel van de zorgaanbieder gaat zitten. In de indicatiestelling van De Schavuiten wordt meer specifiek ingegaan op de meerdere zorg die nodig is, in plaats van de gehele nachtzorg. De ziektekostenverzekeraar ziet meer steun in deze benadering van De Schavuiten.

Wat betreft het verschil in het aantal uren met de eerste indicatiestelling in 2015 stelt de ziektekostenverzekeraar dat het PGB vv destijds nog geheel nieuw was. De discussie ging toen ook over de vraag in hoeverre de gebruikelijke zorg mee was geïndiceerd. Omdat de ziektekostenverzekeraar niet wilde dat de zaak bleef slepen, is de aanvraag destijds goedgekeurd. Een jaar later is pas meer duidelijkheid gekomen over hoe gebruikelijke zorg dient te worden beoordeeld. Ook op dit moment zijn echter te weinig richtsnoeren en heldere informatie vanuit de beroepsgroep beschikbaar. Er is daardoor geen handvat op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar een dergelijke inhoudelijke beoordeling kan maken.

5.4. In reactie op het bericht van de deskundige heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hieruit blijkt dat deze totaal 125,5 uren per week indiceert voor de zorg aan verzekerde. De indicatie die nu voor verzekerde wordt gehanteerd, en die is vastgesteld door De Schavuiten, is 116 uren per week. Gelet op het feit dat de indicatie die door De Schavuiten is gesteld zeer dicht zit op die van de deskundige, bestaat geen aanleiding aan te nemen dat de indicatie van De Schavuiten onjuist is, zodat deze dient te worden gehandhaafd.

5.5. Naar aanleiding van het definitief advies van het Zorginstituut van 25 oktober 2017 en de mededeling van 30 januari 2018 dat de deskundige afziet van verdere medewerking, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 februari 2018 medegedeeld deze uitkomst te betreuren, aangezien het geschil al enige tijd duurt en nu blijkt dat het onderzoek niets heeft opgeleverd. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet van zijn eerdere standpunt afwijkt.

5.6. 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 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 een PGB vv aan verzekerde toe te kennen voor meer dan 116 uren per week.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en 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).*
- (...)*

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een HBO-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder; (...)"

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

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

1. U jonger dan 18 jaar bent, en er sprake is van verpleging en/of verzorging door complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:

- *er behoefte is aan permanent toezicht, of*
 - *24 - uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Deze zorg moet gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen;*
- Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg genoemd. (...)"*

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

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige. (...)"

- 8.6. Artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Aanvraag

4.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb aanvraagformulier. Dit pgb aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerden deel. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerden deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.

4.2 Deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) bestaat uit de door de HBO-verpleegkundige (niveau 5) vastgestelde indicatie en te beantwoorden vragen zodat wij kunnen bepalen of uw zorgvraag aansluit bij de in art. 3.4 genoemde voorwaarden. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.

4.3 In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het pgb vv wenst te contracteren. Indien er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgaanbieder Zorg In Natura aan u levert of pgb, dan dient u dit direct aan ons te melden via het wijzigingsformulier Zvw-Pgb, dat u kunt vinden op onze website.

4.4 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling. (...)"

- 8.7. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die door de HBO-verpleegkundige en de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd. Menzis stelt de hoogte van het pgb vast op basis van de volgende tarieven:

- Persoonlijke verzorging pgb: € 27,48 per uur
- Verpleging pgb: € 50,16 per uur

Voor de besteding van dit budget verwijzen we naar artikel 7.1.

5.2 Als uw zorgverzekering of uw pgb vv voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw pgb naar rato verlaagd. Uw pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (366); (...)"


- 8.8. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 4 en 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. 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. Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv. Het PGB vv was ten tijde van het geschil nog niet als zodanig bij wet geregeld.
- 8.10. 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. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.


- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde aanspraak heeft op een PGB vv. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar het aantal geïndiceerde uren. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Met het indienen van de nieuwe aanvraag voor een PGB vv op 1 december 2015 heeft de hiervóór afgegeven machtiging zijn geldigheid verloren. Deze machtiging behoeft daarom geen verdere bespreking. Waar het gaat om de indicatiestelling geldt dat, gelet op artikel 5.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, voor de vaststelling van de hoogte van het PGB vv wordt uitgegaan van de uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging die de HBO- (kinder)verpleegkundige heeft geïndiceerd.
- 9.4. Uit de stukken blijkt dat door een verpleegkundige van KinderThuisZorg op 1 december 2015 een aanvraagformulier is ingevuld, waarbij wordt uitgekomen op een indicatie van totaal 102 uren, bestaande uit 3,9 uren Persoonlijke Verzorging per week, en 98,2 uren Verpleging per week. Naar aanleiding hiervan is door verzoeker gevraagd om een herindicatie, die is uitgevoerd door De Schavuiten. De verpleegkundige van deze organisatie heeft op 3 mei 2016 een aanvraagformulier ingevuld, en komt uit op totaal 116 uren, bestaande uit 23 uren Persoonlijke Verzorging per week en 93 uren Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar is van deze laatste indicatiestelling uitgegaan. Tussen partijen staat daarmee niet (meer) ter discussie dat de door de verpleegkundige van KinderThuisZorg gestelde, en met de uitgevoerde herindicatie vervallen indicatie van 102 uren te laag was.
- 9.5. Het dossier bevat voorts een ongedateerde brief van een verpleegkundige die werkt als ZZP'er. Zij komt uit op een aantal uren per week van totaal 143. Van deze indicatie bevindt zich geen nadere onderbouwing in het dossier, terwijl voorts niet is gebleken dat door deze verpleegkundige een aanvraagformulier is ingevuld dat bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend, een en ander conform het bepaalde in artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze indicatiestelling wordt daarom door de commissie terzijde gelegd.
- 9.6. Bij de stukken bevindt zich tevens een ingevuld aanvraagformulier van een verpleegkundige van UMC Groningen Thuis van 21 november 2016. Deze verpleegkundige komt uit op een indicatie van totaal 159 uren en 54 minuten per week, bestaande uit 54 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 105 uren en 39 minuten Verpleging per week. Dit komt neer op ruim 22 uren zorg per dag. Gelet op het aantal uren dat is geïndiceerd staat zonder meer vast dat niet althans in onvoldoende mate rekening is gehouden met de gebruikelijke zorg die ouders moeten verlenen aan een gezond kind van de leeftijd van verzekerde, hoewel dit - gelet op de andere indicatiestellingen, de adviezen van het Zorginstituut en het normenkader van V&VN - wèl bij de indicatiestelling dient te worden meegewogen. Deze indicatiestelling kan daarom niet juist zijn en wordt door de commissie niet in de beoordeling betrokken.
- 9.7. Tot slot heeft de deskundige die is voorgedragen door V&VN op 11 september 2017 een indicatie gesteld van 125,5 uren per week. Gelet op het definitief advies van het Zorginstituut van 25 oktober 2017 is deze indicatie niet op de juiste wijze tot stand gekomen, aangezien de deskundige niet bij verzekerde op huisbezoek is geweest en niet met de ouders of de behandelaars heeft gesproken. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft de betrokken deskundige geen aanvullend onderzoek willen doen. Voornoemde indicatiestelling kan daarom niet voor juist worden gehouden en wordt door de commissie evenmin in de beoordeling betrokken.
- 9.8. Gelet op het voorgaande is uitsluitend de indicatiestelling van De Schavuiten op een behoorlijke wijze tot stand gekomen en daarom oordeelt de commissie dat het aantal van totaal 116 uren per week in de situatie van verzekerde passend is. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd ter verhoging van de indicatie kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hoewel de commissie begrip heeft voor de positie van verzoeker als zelfstandige, is het uitgangspunt de behoefte van de patiënt, daarbij rekening houdend met de gebruikelijke zorg, en niet de fysieke of financiële last voor degene die



de zorg verleent ten laste van het PGB vv. Indien dit (te) bezwaarlijk wordt, dient zorg in natura te worden overwogen. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op een hoger aantal uren dan reeds door de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde is toegekend, ten laste van de zorgverzekering. Deze indicatie geldt vanaf 29 mei 2016 tot en met 31 december 2018, tenzij voordien door een daartoe bevoegde verpleegkundige een nieuwe indicatie wordt gesteld met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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




Conclusie

- 
- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat de commissie zoals in 9.8 overwogen een indicatie van 116 uren per week in de situatie van verzekerde passend oordeelt.



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af, met de aantekening dat de indicatie van 116 uren per week passend is.



Zeist, 21 februari 2018,



A.I.M. van Mierlo

