



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), verlaging
aantal geïndiceerde uren

Zaaknummer : 201801098

Zittingsdatum : 20 maart 2019



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Bewuzt Tand Goed, Bewuzt Tandongevallen-verzekering, Bewuzt Fysio Goed en Bewuzt Buitenland Goed afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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). Bij brief van 5 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een PGB vv is toegekend voor 2 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 9 uren Verpleging per week.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met het aantal toegekende uren, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 21 november 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor het berekenen van de koolhydraten en het toedienen van insuline totaal 315 minuten per week toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering (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 25 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 januari 2019 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 februari 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 februari 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 februari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019004369) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat het berekenen van koolhydraten, het afwegen van het eten en het geven van de bolus tijdens de drie hoofdmaaltijden en de tussendoortjes zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dat het ook zorg zou kunnen zijn zoals diëtisten die plegen te bieden betekent niet dat de zorg niet ook kan vallen onder verpleegkundige zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 februari 2019 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2019 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 21 maart 2019 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden. Daarbij is het Zorginstituut gevraagd of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 maart 2019 de commissie medegedeeld dat dit niet het geval is en dat het voorlopig advies als definitief mag worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 3 april 2018 over verzekerde verklaard:

"[Verzekerde] heeft sinds september 2017 diabetes type 1. [Verzekerde] heeft een insulinepomp en zijn bloedsuiker wordt gecontroleerd dmv een sensor en middels een vingerprik. Door zijn leeftijd (3 jaar) heeft [verzekerde] nog hulp nodig bij het aan en uitkleden en bij de toiletgang ivm de sensor en het infuus die op zijn billen zijn geplaatst en de insulinepomp. De uren van de PGB indicatie worden hieronder in het zorgplan verantwoord.

Totale pgb indicatie 1230 minuten per week = 20 uur en 30 minuten

VP 1020 minuten

PV 210 minuten (...)

Ouders zorgen dat er voldoende materialen aanwezig zijn waaronder het glucosedagboekje met richtlijnen. Ouders bepalen de bloedsuikerwaarde volgens protocol. [Verzekerde] heeft een sensor die continu de bloedsuikerwaarde weergeeft. Ouders checken gemiddeld ieder half uur de bloedsuikerwaarde. 6 keer per dag wordt de bloedsuiker standaard en volgens protocol geprikt tijdens de 3 hoofdmaaltijden en de 3 tussendoortjes. Dit is nodig om de sensor te checken en te kalibreren. Ook bij een hypo en hyperglykemie wordt de bloedsuiker geprikt. Ouders zijn hier 5 minuten per keer mee bezig. [Verzekerde] gaat 2 dagdelen per week naar de peuterspeelzaal. Moeder gaat zelf naar de peuterspeelzaal om de bloedsuiker te prikken en de insuline toe te dienen. Bij een alarm van de pomp, wordt moeder gebeld en gaat zij naar [verzekerde] om te handelen.

PGB VP

6 x 5 minuten = 30 x 7 = 210 minuten per week (...)

Ouders zorgen dat er voldoende materialen aanwezig zijn waaronder het glucosedagboekje met richtlijnen. Ouders berekenen op geleide van de bloedsuikerwaarde de koolhydraten van de maaltijden en tussendoortjes en de te geven insulinebolus via de pomp. [Verzekerde] heeft een insulinepomp. Tijdens de 3 hoofdmaaltijden en de 3 tussendoortjes krijgt [verzekerde] een insulinebolus toegediend via de insulinepomp, rekening houdend met de bloedsuikerwaarde en het aantal koolhydraten die [verzekerde] gaat eten. Ouders zijn 10 minuten bezig met het berekenen en afwegen van het eten en het geven van de bolus tijdens de 3 hoofdmaaltijden en 5 minuten tijdens de tussendoortjes. Moeder gaat zelf naar de peuterspeelzaal toe om [verzekerde] de bolus toe te dienen en de koolhydraten te berekenen.

PGB VP

$3 \times 10 \text{ minuten} = 30 \times 7 = 210 \text{ minuten per week}$

$3 \times 5 \text{ minuten} = 15 \times 7 = 105 \text{ minuten per week}$

Gemiddeld heeft [verzekerde] 1 keer per dag een hyperglykemie (vaak in de middag) en 4 keer per week een hypoglykemie waarop extra direct gehandeld moet worden volgens protocol. Bij een hyper en hypoglykemie wordt altijd eerst de bloedsuiker geprikt om de sensor te checken en om een actuele waarde te hebben. Daarna wordt er bij een hyper een extra bolus toegediend, bij een hypo krijgt [verzekerde] eerst een dextro of ranja en daarna een langwerkende suiker. Na 15 minuten wordt er nogmaals een extra bloedsuiker geprikt. Ouders zijn hier 10 minuten per keer mee bezig.

PGB VP

$4 \times 10 \text{ minuten per week} = 40 \text{ minuten}$

$1 \times 10 = 10 \times 7 = 70 \text{ minuten per week (...)}$

Om de dag moet er een nieuw infuus geplaatst worden. Hierbij moet de insteekplaats zoveel mogelijk worden afgewisseld om weefselbeschadiging te voorkomen, waardoor er kans bestaat dat de insuline niet meer goed wordt opgenomen. Van tevoren wordt de huid verdoofd met een verdovende creme. Ouders zijn 30 minuten bezig om de oude set te verwijderen en een nieuwe infuusset te plaatsen en weer aan te sluiten op de insulinepomp.

PGB VP

$182,5 \text{ dagen} \times 30 \text{ minuten} = 5475 : 52 \text{ weken} = 105 \text{ minuten per week (...)}$

Iedere 6 dagen moet er een sensor ingebracht worden. Gemiddeld krijgt [verzekerde] iedere 3 dagen een nieuwe sensor ivm eerder sneuvelen. Van tevoren wordt er verdovende creme aangebracht om de huid te verdoven. Ouders zijn hier 30 minuten per keer mee bezig.

PGB VP

$122 \text{ dagen} \times 30 \text{ minuten} = 3660 : 52 = 70 \text{ minuten per week (...)}$

[Verzekerde] is vanwege zijn leeftijd nog niet in staat rekening te houden met de sensor en infuusset op zijn bil. Hij heeft bij het aan en uitkleden en bij de toiletgang hulp nodig. Ook moet tijdens het douchen de insulinepomp af- en aangekoppeld worden 1 keer per dag. Ouders zijn hier 10×3 minuten extra mee bezig per dag.

PGB PV

$10 \times 3 = 30 \times 7 = 210 \text{ minuten per week (...)}$

- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in haar zorgplan een rekenfout gemaakt. Het totaal aantal minuten moet niet 1230, maar 1020 minuten zijn. Het aan- en afkoppelen van de insulinepomp van 45 minuten is door de ziektekostenverzekeraar verplaatst van Persoonlijke Verzorging naar Verpleging. Verzoeker is het met deze beslissing eens. De ziektekostenverzekeraar stelt echter dat het aantal minuten voor het afwegen en berekenen van het eten van verzekerde (het tellen van de koolhydraten) en het toedienen van de insuline (geven van de bolus) volledig kunnen worden geschrapt. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hiervoor 315 minuten per week gerekend. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou deze handeling slechts tien seconden per keer kosten. Dit is echter niet waar, zeker niet voor een kind van drie jaar oud. De door de wijkverpleegkundige voor deze handeling berekende minuten zijn reëel en dienen daarom door de ziektekostenverzekeraar te worden toegekend.

Volgens de ziektekostenverzekeraar zou deze zorg niet thuishoren onder de Zvw. Het betreft echter zorg die gebruikelijk is bij een diabetespatiënt en tijd kost die voor een gezond kind niet hoeft te worden gerekend. Daarnaast bestaat geen argument om de medische handeling van het toedienen van de bolus bij de maaltijden te schrappen uit de zorguren, aangezien deze handeling onder de noemer Verpleging valt.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat kinderen geen routine kennen zoals volwassenen. De activiteiten van verzekerde zijn direct van invloed op de bloedsuikerspiegel, waardoor de waarden de hele dag op en neer gaan. De waarden worden gedurende de dag gemonitord - thuis en op school - en op basis hiervan wordt gehandeld. Zo wordt bijvoorbeeld bepaald hoeveel insuline moet worden toegediend en wordt bepaald wat er moet worden gegeten. Verzekerde reageert hier niet telkens hetzelfde op, zodat ook iedere keer weer goed moet worden beoordeeld hoe dan moet worden gehandeld.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 5.9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is bepaald dat het kan voorkomen dat zorg door een wijkverpleegkundige wordt geïndiceerd die naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet thuis hoort onder Verpleging en Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering. In een dergelijk geval honoreert de ziektekostenverzekeraar deze zorg niet binnen het PGB vv, zonder dat hiervoor het akkoord van de indicierend wijkverpleegkundige noodzakelijk is. De beslissing of de indicatie geheel of gedeeltelijk onder de Zvw valt, is en blijft de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar.

5.2. Het aantal door de indicierend wijkverpleegkundige berekende uren zorg in het zorgplan was niet correct. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact met haar opgenomen, waarbij is gesproken over de gestelde indicatie. Door de wijkverpleegkundige is elk zorgaspect afzonderlijk beoordeeld, en zij heeft daarbij een tijd berekend. Hierbij heeft zij geen rekening gehouden met het totale zorgbeeld en met het aspect van gebruikelijke zorg die niet thuis hoort bij Persoonlijke Verzorging of Verpleging ten laste van de zorgverzekering. Het berekenen van koolhydraten valt onder zorg zoals diëtisten die plegen te bieden en kan daarom niet ten laste van het PGB vv worden gebracht. De hulp die aan verzekerde wordt geboden bij het aan- en uittrekken van de kleding bij de toiletgang, omdat deze haakt achter de insulinepomp, wordt beoordeeld als gebruikelijke zorg bij een kind van drie jaar oud. De ziektekostenverzekeraar heeft er echter voor gekozen deze zorg coulantehalve toe te kennen.

5.3. De tijd die de wijkverpleegkundige heeft geïndiceerd voor vingerprikken (bloedsuikerwaarde controle) is vijf minuten per keer, 30 minuten per dag. Deze zorg is volledig door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker toegekend. Verder heeft de wijkverpleegkundige voor het prikken van de bloedsuiker en het toedienen van een extra bolus 10 minuten per keer geïndiceerd. Deze tijd heeft de ziektekostenverzekeraar ook volledig toegekend.

5.4. De 315 minuten die door de wijkverpleegkundige zijn geïndiceerd voor het berekenen en afwegen van het eten en het geven van de bolus tijdens de drie hoofdmaaltijden en tijdens de tussendoortjes zijn door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. De ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op artikel 5.9 van het reglement, waarin is bepaald dat zorg kan worden uitgesloten van het PGB vv als deze niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de ouders van kinderen met diabetes begeleiding en instructie ontvangen van het ziekenhuis en kinderthuiszorg met het doel dat zij bepaalde zorghandelingen op een gegeven moment zelfstandig kunnen verrichten. Op het moment dat deze handelingen onderdeel worden van de vaste routine van de verzorging van het kind bestaat hierop niet langer aanspraak ten laste van de zorgverzekering. In casu geldt dit voor het berekenen van de koolhydraten en het wegen en het toedienen van de bolus.

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 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 gehouden is voor het berekenen van de koolhydraten en het toedienen van insuline aan verzekerde totaal 315 minuten per week toe te kennen in de vorm van een PGB vv, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 12 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement. (...)

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. (...)

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt 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.

a. Onder zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

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

- 8.5. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"9. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u hiervoor geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij. (...)

12. Bij indicatiestellingen waarbij (gedeeltelijk) andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag van een Zvw-pgb voor die andere zorg afwijzen. De beslissing of de indicatie verzekerde zorg in de zin van de Zvw. betreft en de beslissing over toekenning van het Zvw-pgb blijft onze verantwoordelijkheid. (...)"

- 8.6. Artikel 12 van de zorgverzekeringswet en de artikelen 2 en 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2018' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekeringswet gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekeringswet (Bzv) en de Regeling zorgverzekeringswet (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekeringswet 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 zorgverzekeringswet recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

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

9. Beoordeling van het geschil

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 2018' van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen hen verdeeld houdt, betreft het aantal door de ziektekostenverzekeraar toegekende uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week.

9.2. Vast staat dat de wijkverpleegkundige - na correctie - een indicatie heeft gesteld van totaal 1020 minuten Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan 705 minuten per week toegekend, deels uit coulance. Het verschil bedraagt derhalve 315 minuten per week. De indicerende wijkverpleegkundige heeft voor het berekenen van de koolhydraten, het afwegen van het eten en het door middel van een insulinepomp toedienen van de insuline totaal 315 minuten geïndiceerd. Het aantal minuten is als volgt opgebouwd: 3 x 10 minuten per dag voor de hoofdmaaltijden (x 7 = 210 minuten per week) en 3 x 5 minuten per dag voor de tussendoortjes (x 7 = 105 minuten per week). Dit deel van de indicatie is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op de grond dat deze zorg niet onder Verpleging of Persoonlijke Verzorging valt, maar onder zorg zoals diëtisten plegen te bieden.

9.3. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar contact heeft gezocht met de indicerende wijkverpleegkundige omdat door deze een rekenfout was gemaakt. De rekenfout zag niet op het deel van de indicatie dat uiteindelijk door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in het reglement heeft bepaald dat hij de indicatie eenzijdig mag verlagen en hiertoe geen contact hoeft te zoeken met de wijkverpleegkundige geldt - nog afgezien van de vraag of een dergelijke bepaling in stand kan blijven - dat wél contact heeft plaatsgevonden over een ander deel van de indicatie. Onbegrijpelijk is dan ook waarom toen de onderhavige kwestie niet is besproken. Dit klemt temeer aangezien een deel van de afgewezen uren - namelijk het toedienen van de insuline/bolus - in andere onderdelen van het zorgplan ook is genoemd én door de ziektekostenverzekeraar is toegekend. Dat althans dit deel van de 315 minuten niet valt onder Verpleging of Verzorging is daarom niet in te zien.
Daarnaast volgt uit het advies van het Zorginstituut van 18 februari 2019 dat de in het geding zijnde zorg in dit verband wél is aan te merken als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden ook de resterende 315 minuten ten behoeve van verzekerde toe te kennen.

Conclusie

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

9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



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



Zeist, 17 april 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

