



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar  
N.V. en Menzis N.V. beide te Wageningen

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden  
budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201600733

Zittingsdatum : 12 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,  
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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Verzorgd 1 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).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand 750 is niet in geschil en blijft daarom buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 7 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 21 maart 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 8 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 25 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016091014) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de informatie in het dossier sprake is van planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 oktober 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De indicierend verpleegkundige heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Als bijwerking van bepaalde medicatie is mw vergeetachtig, waardoor mw vergeet om haar medicatie in te nemen. (...) Als gevolg van taalbarrière is mw niet in staat om zelfstandig haar medicatie te bestellen. (...) Als gevolg van nek- en schouderklachten, is mw niet in staat om geheel zelfstandig te douchen.”*
- 4.2. De zorg die aan verzoekster wordt verleend is slechts af en toe planbaar. Verzoekster moet, naast enkele vaste ogenblikken op de dag, op onregelmatige en onplanbare momenten worden geholpen. Zij heeft een traumatisch verleden, waardoor het veel tijd kost voordat iemand haar vertrouwen kan winnen. De huidige verzorgster van verzoekster heeft inmiddels haar vertrouwen, woont in de directe nabijheid van betrokkene en is op afroep binnen enkele minuten ter plaatse, hetgeen in verband met haar psychische en psychiatrische verleden voor verzoekster van groot belang is. Verzoekster is lidmaat van de Syrisch Orthodoxe kerk en indien daar sterfgevallen zijn, moet zij vaker en op ongeplande momenten worden gedoucht. Verzoekster bezoekt regelmatig kerkdiensten. Zij dient dan vroeg in de ochtend te worden geholpen met het douchen, het aankleden en het opmaken. De huidige verzorgster is hiervan op de hoogte en is hiervoor op elk gewenst moment op afroep beschikbaar. Daarnaast kent verzoekster jaarlijks meerdere vastenperioden. In een vastenperiode moet zij tweemaal per dag worden geholpen om zich klaar te maken voor de kerkdienst. Het is noodzakelijk dat iemand haar, ook in de weekenden, vroeg in de ochtend helpt. Ook hieruit blijkt dat de zorg slecht is te plannen, omdat deze zorg op meerdere, korte momenten op de dag nodig is. Verzoekster voldoet aan de voorwaarden om voor een PGB vv in aanmerking te komen. Zij heeft zorg nodig op wisselende tijdstippen, en deze zorg dient 24 uur per dag beschikbaar te zijn in de nabijheid of op afroep. Tevens is sprake van een taalbarrière, en wil zij vanwege haar geloofsovertuiging niet worden verzorgd door een (onbekende) man. Haar voorkeur gaat uit naar haar huidige zorgverlener.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een traumatisch verleden heeft gehad, waardoor zij niemand vertrouwt. Zij durft bijvoorbeeld niet alleen te zijn. Verzoekster is streng gelovig, en moet hiervoor ook vasten, namelijk vijftig dagen voor het orthodoxe Pasen. Verzoekster moet dan twee keer per dag naar de kerk. Zij wil dan in ieder geval zijn aangekleed en gewassen. Verzoekster wil pertinent niet door een man worden gewassen. Dit heeft niets te maken met discriminatie, maar met schaamtegevoel. En in dit geval heeft zij iemand die zij vertrouwt. Zij voelt dit als een soort moeder-dochter relatie. Zij wil graag deze situatie met behulp van een PGB vv behouden. Bij zorg in natura

gebeurt het in de praktijk dat er niet altijd een vrouw kan worden gestuurd. Dit kan prima worden opgelost met een PGB vv.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt de mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv indien de verzekerde:  
- vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties; zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;  
- zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;  
- een noodzaak bestaat voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Verzoekster heeft hulp nodig bij het wassen, het douchen, het aankleden en het aanreiken van de medicatie. Deze zorg is goed in te plannen. Verzoekster heeft verder toegelicht dat zij, in verband met bijzondere feestdagen, soms heel vroeg in de ochtend moet worden geholpen. Die zorg is geen zorg als bedoeld in de huidige wet- en regelgeving, aangezien zij deze hulp alleen in bepaalde perioden nodig heeft. Daarnaast vormen cultuurverschillen geen grond voor een toekenning voor een PGB vv.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige is beoordeeld. In de voorprocedure bij de Ombudsman Zorgverzekering is toegelicht dat als er extra douchebeurten nodig zijn in verband met de vastenperiode, dit ook kan worden geregeld. Van te voren is duidelijk wanneer deze extra zorg nodig is, dus deze zorg is in te plannen. De ziektekostenverzekeraar mag niet anders dan hetgeen in de reglementen staat en wat volgens de regels wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar blijft bij het standpunt dat geen vergoeding mogelijk is.

5.4. 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 het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

**"Welke zorg**

*U heeft recht op vergoeding van kosten van 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.*

**Persoonsgebonden budget**

*Een persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op vergoeding van kosten van 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 onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.*

**Welke zorgaanbieder**

*U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstelling (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.*

**Medisch specialistische verpleging thuis**

*Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).*

**Indicatie en zorgplan**

*U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van 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 met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.*

**Medisch specialistische verpleging thuis**

*Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:*

- Omvang verpleegkundige handeling*
- Frequentie verpleegkundige handeling*
- Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum).*

- 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: (...)*

*2. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.*

*Hierbij geldt ook:*

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.*
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

*"Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieder die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een PGB vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het PGB vv.*

*Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:*

- u heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
- u heeft zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 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).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. 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 verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Rest de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. Gelet op het zorgplan bestaat de zorg die verzoekster ontvangt uit hulp bij de dagelijkse verzorging, het douchen, het aankleden en het aanreiken van medicatie. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Hetgeen wordt onderschreven in het zorgplan dat is opgesteld door de indicierend verpleegkundige. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van 4,5 uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij lidmaat is van de Syrisch Orthodoxe kerk en dat zij - indien daar sterfgevallen zijn - op ongeplande momenten moet worden gedoucht, dat zij ieder jaar enkele perioden van meerdere dagen vast en dan vroeg in de ochtend moet worden geholpen en dat haar huidige hulpverleenster haar moedertaal spreekt, waardoor geen taalbarrière bestaat. Daarnaast wil zij vanwege haar geloofsovertuiging niet worden verzorgd door een (onbekende) man. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar huidige zorgverlener, betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met haar wensen. Het niet of slecht beheersen van de Nederlandse taal dan wel schaamtegevoelens die hun achtergrond vinden in de cultuur of geloofsovertuiging, vormen geen grond voor toekenning van een PGB vv. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis 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, 9 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester