



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), toekenning
Zaaknummer : 201501445
Zittingsdatum : 13 januari 2015



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,
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 ZorgVerzorgd (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 GarantVerzorgd 2 + G1 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 GarantTandVerzorgd 350 is niet in geschil, en blijft daarom in het vervolg 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 31 maart 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 6 mei 2015 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 17 juli 2015 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).
- 
- 3.5. 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 27 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 oktober 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 30 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015138456) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorg die verzoekster ontvangt goed planbaar is, zodat niet is voldaan aan de voorwaarden die zijn gesteld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 januari 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 14 januari 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 19 januari 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 wijkverpleegkundige heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Probleem/vraag (...) Lichamelijke verzorging - Mw. is niet in staat activiteiten uit te voeren die nodig zijn bij het zich wassen, kleden en lichaamsverzorging. (...) Medicijnen - Mw. vraagt hulp bij het toedienen van de insuline en begeleiding bij het leren omgaan met haar angst om zichzelf insuline toe te dienen. (...)".* De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor persoonlijke verzorging van zeven uur per week, en voor verpleging van één uur en 45 minuten.
-  4.2. De ziektekostenverzekeraar gaat voorbij aan de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie, en heeft de aanvraag voor een PGB vv volledig afgewezen. Verzoekster slaapt onregelmatig en op verschillende uren, zodat niet vooraf is te voorzien wanneer zij hulp nodig zal hebben. Ook is zij niet gebaat bij zorg in natura, omdat zij de Nederlandse taal niet machtig is. Het is dan onmogelijk om uit te leggen hoe zij zich voelt, hetgeen belangrijk is voor het geven van de medicatie. Verder verblijft verzoekster regelmatig bij één van haar broers, zodat zij ook daar medicatie toegediend moet krijgen. Bij haar is derhalve sprake van zorg op onregelmatige tijdstippen en op verschillende locaties. Ook is voldaan aan het criterium van de specifieke situatie. De echtgenoot van verzoekster moet naar zijn werk, en kan daarom niet op alle tijden hulp verlenen.
-  4.3. De ziektekostenverzekeraar neemt het niet zo nauw met de procedure. Verzoekster ontving in eerste instantie een standaard afwijzingsbrief, waarin foutieve argumenten werden gebruikt. In deze brief is de mogelijkheid van het indienen van een klacht niet genoemd. Bij vragen moet telefonisch contact worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Nadat verzoekster een officiële klacht had ingediend, ontving zij van de ziektekostenverzekeraar een brief met een nadere uitleg. Hierbij werd echter maar gedeeltelijk ingegaan op de argumenten die verzoekster naar voren had gebracht.



4.4. Ter zitting is namens verzoekster medegedeeld dat uit de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat er meer dan drie keer zorg nodig moet zijn op wisselende locaties. Verzoekster heeft dagelijks zorg nodig, en zij bezoekt haar broers regelmatig, zodat de zorg ook daar nodig is. De zorg is moeilijk te plannen, omdat verzoekster op wisselende tijden wakker wordt. Verder is haar bloedsuiker soms ineens heel hoog, en dan moet zij een keer extra een injectie met insuline krijgen. Het inspuiten durft zij niet zelf, zodat haar echtgenoot dit bij haar uitvoert. Hij moet in een dergelijk geval worden gebeld, en komt dan van zijn werk naar huis.



4.5. 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 kent de mogelijkheid van een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:

- 
- de verzekerde heeft vaak (meer dan driemaal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig 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;
 - de verzekerde heeft zorg nodig 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 de verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.



5.2. Uit de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige blijkt niet dat in de situatie van verzoekster sprake is van niet goed planbare zorg. Zij heeft ook niet vaker dan driemaal per week zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Aan verzoekster is daarom geen PGB vv toegekend.



5.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij niet gebaat is bij zorg in natura, aangezien zij de Nederlandse taal niet machtig is, waardoor zij niet aan een zorgverlener kan uitleggen hoe zij zich voelt, en de medicatie niet goed kan worden toegediend. Het niet beheersen van de Nederlandse taal vormt echter geen toekenningsgrond voor het PGB vv. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat zij regelmatig bij één van haar broers verblijft. Onder veelvuldig benodigde zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties valt familiebezoek evenwel niet.



5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag is beoordeeld aan de hand van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Er bestaat geen recht op een PGB vv. Dit volgt ook uit het advies van het Zorginstituut. Indien de zorg niet goed planbaar is, zou dit moeten blijken uit de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige, en dit is niet het geval. Er moet sprake zijn van zorg die minimaal drie keer per week op wisselende tijdstippen of op wisselende locaties nodig is. Verzoekster wil graag op bezoek bij haar broers, maar de betreffende bepaling is meer bedoeld voor mensen die aan de maatschappij willen deelnemen, bijvoorbeeld door te werken, en dan op het werk zorg nodig hebben.



5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is 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 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. Het betreffende artikel 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. (...)

Persoonsgebonden budget



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



Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.



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 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 zorgaanbieders 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 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 is als zodanig (nog) 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, (nog) niet is ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis heeft. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. Deze visie wordt door de commissie onderschreven.
- 
- 9.2. Hoewel verzoekster naar eigen zeggen de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, terwijl voorts niet is gebleken van een wettelijk vertegenwoordiger, zodat de vraag rijst of zij 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, heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet erop beroepen dat door verzoekster niet wordt voldaan aan de in dat artikel gestelde voorwaarden. Zodoende zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 
- 
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het zich wassen, kleden en lichaamsverzorging, alsmede het toedienen van insuline. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Dat de zorg soms moet worden verleend een broer van verzoekster thuis, brengt hierin geen verandering. Het moet immers gaan om zorg op wisselende *en* ongebruikelijke tijdstippen *en/of* op meerdere locaties. Het enkele feit dat van de zorg moet worden verleend op meerdere locaties is daarom onvoldoende.
Verder gaat het niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door specifieke zorgverlening of gebruik van specifieke hulpmiddelen. Het niet of slecht beheersen van de Nederlandse taal dan wel het afwezig zijn van de echtgenoot van verzoekster gedurende de dag valt hier niet onder. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 
- 
- 

- 9.4. Voor zover het geschil betrekking heeft op de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de klacht in eerste instantie heeft behandeld, geldt dat de commissie in principe niet kan treden in kwesties met betrekking tot bejegening.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 januari 2016,

H.A.J. Kroon