

TUSSENUITSPRAAK

Partijen : beide te , vertegenwoordigd door :
Wageningen tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. beide te
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
ingangsdatum, indicatie
Zaaknummer : 201700721
Zittingsdatum : 6 juni 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015-2017)

1. Partijen

hierna te noemen: verzoekster,
vertegenwoordigd door

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
 - 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Azivo Basisverzekering (2015, 2016) en op grond van de verzekering Menzis Basis (2017) (hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekering), verzekeringen als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar van 2015 tot en met 2017 de aanvullende ziektekostenverzekering AV Den Haag afgesloten (hierna: 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).

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 2 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend. Verzoekster heeft op 17 februari 2017 opnieuw aanspraak gemaakt op een PGB vv. Bij brief van 20 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat aan haar een PGB vv is toegekend voor de periode van 17 februari 2017 tot en met 31 december 2017 op basis van vijf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de ingangsdatum van het PGB vv alsmede met het aantal uren waarvoor dit is toegekend en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing op beide onderdelen te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. Bij klachtenformulier van 1 december 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan haar een PGB vv toe te kennen op basis van twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week en wel met terugwerkende kracht tot 21 mei 2015 (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 22 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 maart 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 april 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 4 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018018600) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten door de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 mei 2018 aan partijen gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar is gevraagd het nader onderzoek te verrichten. De ziektekostenverzekeraar heeft het nader onderzoek uitgevoerd en zijn bevindingen weergegeven in de brief van 17 mei 2018. Een afschrift hiervan is op 18 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juni 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut en de uitkomst van het nader onderzoek.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is bekend met emfyseem, COPD, diabetes mellitus type 2, osteoporose, anemie en incontinentie van urine. Zij is daarnaast vergeetachtig en slechthorend. Door haar ziektebeeld is verzoekster beperkt in haar zelfredzaamheid en mobiliteit. Zij heeft pijnklachten aan heupen en knieën, benauwdheidsklachten, astma aanvallen en vermoeidheidsklachten. Ook vergeet zij haar medicatie in te nemen. Verzoekster heeft ondersteuning nodig bij het douchen, de huidverzorging, het aan- en uitkleden, alsmede begeleiding bij de toiletgang en in verband met een zelfzorgtekort bij het medicatiegebruik. Deze ondersteuning ontvangt zij van haar zoon en schoondochter. Verzoekster heeft zorg nodig op verschillende tijden, waaronder ook 's-nachts, in verband met incontinentie van urine en incidenteel van ontlasting.
- 4.2. Verzoekster ontving voorheen een PGB op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, thans: Wet langdurige zorg - Wlz) en heeft van 1 januari 2015 tot en met 20 mei 2015 een PGB vv ontvangen op grond van de Zvw. Op 20 mei 2015 liep de indicatie van verzoekster af. Er is toen contact opgenomen met een thuiszorgorganisatie teneinde een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie (herindicatie) te laten stellen. De wijkverpleegkundige had echter niet gelijk tijd, waardoor verzoekster drie maanden moest wachten. Er is vervolgens een indicatie gesteld voor twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week en op basis van deze indicatie is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft verzocht een zorgplan aan te leveren, teneinde de aanvraag te kunnen beoordelen. Verzoekster heeft hierop contact opgenomen met de thuiszorgorganisatie.

De organisatie was echter slecht bereikbaar. Bovendien is toen gebleken dat de indicierend wijkverpleegkundige niet langer werkzaam was voor de thuiszorgorganisatie. Verzoekster moest weer drie maanden wachten voor een nieuwe afspraak.

De ziektekostenverzekeraar wilde hier niet op wachten en was voornemens het dossier te sluiten. Hierop is contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om de situatie toe te lichten. Aan verzoekster is vervolgens uitstel verleend om een andere thuiszorgorganisatie te benaderen, een nieuwe indicatie te laten stellen en de gevraagde stukken alsnog in te dienen. Van deze mogelijkheid heeft verzoekster gebruik gemaakt. Er is toen opnieuw een indicatie gesteld voor twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week en de gevraagde stukken zijn ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

Hierna is een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster thuis langsgekomen. Zij meende dat de urenindicatie aan de hoge kant was en heeft deze zonder overleg teruggebracht naar vijf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 4.3. Verzoekster is het niet eens met dit besluit. De betreffende medewerkster van de ziektekostenverzekeraar is geen wijkverpleegkundige. Zij kan derhalve geen indicatie stellen of deze aanpassen. Voorts heeft verzoekster door de jaren heen altijd tien uren, of meer, Persoonlijke Verzorging per week heeft ontvangen. De gezondheid van verzoekster is sindsdien verslechterd, waardoor zij nu is aangewezen op meer uren zorg per week. Verzoekster is boos en verdrietig vanwege deze gang van zaken. Hierdoor slaapt zij slecht, stijgt haar bloeddruk en gaat haar gezondheid alleen maar verder achteruit.

- 4.4. Verzoekster stelt recht te hebben op uitbetaling van het PGB vv, op basis van het geïndiceerde aantal uren per week, over de periode van 21 mei 2015 tot 17 februari 2017. Door de ziektekostenverzekeraar wordt hierop echter niet ingegaan, waardoor verzoekster het gevoel heeft gekregen dat zij niet serieus wordt genomen.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij, vanwege haar gezondheidssituatie en het gegeven dat zij analfabeet is, afhankelijk is van hulp bij het innemen van haar medicatie. Zij is zelf niet in staat de medicatie, in de juiste hoeveelheden en op de aangewezen tijdstippen, in te nemen. Zonder hulp gaat dit mis, met alle gevolgen van dien voor haar gezondheid. Verder lukt het verzoekster soms niet tijdig het toilet te bereiken, als gevolg van incontinentie van urine en ontlasting. In die situatie moet zij worden verschoond en moet soms worden schoongemaakt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster had, op grond van het besluit van het CIZ van 25 mei 2010, een indicatie voor verpleging en verzorging van 21 mei 2010 tot en met 20 mei 2015. Zij had tijdig een nieuwe indicatie moeten laten stellen door een wijkverpleegkundige niveau 5 en een nieuwe aanvraag moeten indienen om aansluitend op laatst genoemde datum aanspraak te kunnen maken op een PGB vv. In het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (2015) is opgenomen dat de aanvraag voor een PGB vv plaatsvindt door het indienen van een aanvraagformulier. Het formulier bestaat uit drie delen, namelijk (i) het verpleegkundige deel, (ii) het verzekerden deel en (iii) het budgetplan. Op grond van artikel 4.8 van voornoemd reglement is de ingangsdatum van een PGB vv de datum waarop een compleet ingevulde en ondertekende aanvraag is ontvangen en deze door de ziektekostenverzekeraar is goedgekeurd. In 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de bedoelde aanvraag niet van verzoekster ontvangen.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft pas voor het eerst op 23 september 2016 een aanvraagformulier voor een PGB vv ontvangen, gedateerd 19 november 2015. Op grond van de artikelen 4.4 en 4.5 van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (2016) wordt een aanvraag niet in behandeling genomen als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken. Als de ziektekostenverzekeraar om nadere stukken verzoekt, is een verzekerde verplicht deze aan te leveren. In de onderhavige situatie heeft de

ziekttekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 27 september 2016 verzocht een zorgplan aan te leveren en is hiervoor een termijn van drie weken gesteld. Bij het uitblijven van een reactie heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvraag niet verder in behandeling te nemen. Hierover is verzoekster bij brief van 2 november 2016 geïnformeerd. Naar aanleiding van deze brief heeft verzoekster op 3 november 2016 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en medegedeeld dat de indicierend wijkverpleegkundige zes tot twaalf weken nodig had om een zorgplan op te stellen. De ziektekostenverzekeraar heeft toen geadviseerd de indicatie door een andere wijkverpleegkundige te laten stellen en heeft verzoekster hiervoor uitstel verleend.

- 5.3. Op 17 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster een aanvraag ontvangen voor een PGB vv, op basis van een indicatie van twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week. Naar aanleiding van deze aanvraag heeft een Bewust Keuze Gesprek plaatsgevonden bij verzoekster thuis. Vervolgens is op 15 maart 2017 contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. In overleg met - en na goedkeuring van de wijkverpleegkundige is de indicatie verlaagd naar vijf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week. Reden hiervoor is dat de geïndiceerde uren in verband met de begeleiding bij de toiletgang en het zelfzorgtekort in verband met medicatiegebruik geen zorg is die als verpleging en verzorging kan worden aangemerkt. Derhalve bestaat hierop geen aanspraak ten laste van de zorgverzekering. Hierover is de kleindochter van verzoekster geïnformeerd. Een en ander heeft geleid tot een toekenning van het PGB vv over de periode van 17 februari 2017 tot en met 31 december 2017 op basis van vijf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 5.4. Ten aanzien van de ingangsdatum van het PGB vv merkt de ziektekostenverzekeraar op dat bij de beoordeling van het dossier in het kader van de onderhavige procedure is gebleken dat geen termijn is gesteld voor het gegeven uitstel. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat dit verzoekster niet kan worden tegengeworpen. Om die reden heeft hij besloten de ingangsdatum van het PGB vv alsnog te stellen op 23 september 2016. Het aantal uren blijft evenwel ongewijzigd, in afwachting van de beslissing van de commissie.
- 5.5. Met betrekking tot het aantal toegekende uren voor het PGB vv licht de ziektekostenverzekeraar toe dat de zorg die is geïndiceerd voor begeleiding naar het toilet en begeleiding bij het geven van medicatie geen zorg is die onder de Zvw valt. Wat betreft de zorg die is geïndiceerd voor begeleiding naar het toilet wordt door de ziektekostenverzekeraar gewezen op het bindend advies van 20 december 2017 (SKGZ201601654), waarin onder 9.4 is opgenomen:
"Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande de problemen die kunnen ontstaan bij het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht, is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg. In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. Uit het overgelegde zorgplan blijkt dat verzoekster ondersteuning ontvangt van een mantelzorger, te weten haar echtgenoot, die haar bij de toiletbezoeken eventueel kan bijstaan."
 De indicierend verpleegkundige heeft weliswaar het toiletbezoek opgenomen in de indicatie, maar dit is niet in verband met een bijzondere omstandigheid. Verzoekster is bekend met mobiliteitsproblemen en incontinentie van urine. Daarnaast heeft verzoekster een inwonende mantelzorger, die haar bij de toiletbezoeken kan bijstaan. Dit soort begeleiding is geen Zvw zorg.

- 5.6. Wat betreft de zorg die is geïndiceerd in verband met de begeleiding bij medicatiegebruik, wijst de ziektekostenverzekeraar op de website www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/begeleiding van het Ministerie van VWS. Hieruit volgt dat onder begeleiding onder andere wordt verstaan het aanreiken van medicatie, zodat de patiënt die zelf kan innemen. Pas als een patiënt de medicatie niet zelfstandig kan innemen, maar een verpleegkundige de medicatie moet toedienen in de mond of moet injecteren is sprake van Zvw zorg.

Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster de medicatie niet zelf tot zich kan nemen, maar dat zij vergeet haar medicatie in te nemen en dat zij derhalve uitsluitend begeleiding nodig heeft in verband met het moment van het innemen van de medicatie. De begeleiding die verzoekster in dit verband nodig heeft is geen Zvw zorg.

- 5.7. Bij brief van 17 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit het overzicht van voor verzoekster gedeclareerde zorg niet blijkt dat er een relatie is tussen de gevraagde Persoonlijke Verzorging en enige medische problematiek. Dit geldt voor de volledige geïndiceerde zorgvraag, maar voor de ondersteuning bij toiletgang en het aanreiken van medicatie in het bijzonder. Uit het dossier komt niet naar voren wat de medische reden is dat verzoekster niet in staat is de medicatie zelf in te nemen. Daarbij wordt opgemerkt dat er alternatieve oplossingen denkbaar zijn om te zorgen dat verzoekster niet vergeet haar medicatie in te nemen, zoals het gebruik van een hulpmiddel of het zetten van een wekker. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat mantelzorg aanwezig is, dat verzoekster hiervan gebruik maakt en dat er verder geen sprake is van bijzondere medische omstandigheden waaruit volgt dat het geïndiceerde 'zelfzorgtekort toiletgang' en 'zelfzorgtekort medicatiegebruik' onder de Zvw valt.

- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald. Ter aanvulling is opgemerkt dat de zorgverlener van verzoekster bij haar in huis woont. De ziektekostenverzekeraar meent dat huisgenoten elkaar helpen en ondersteunen als dit nodig is. Daarom kan de zorgverlener verzoekster dus ook helpen bij het tijdig innemen van haar medicatie, door haar hier aan te herinneren en hier toezicht op te houden. Dit is evenwel geen zorg die onder de Zvw valt en waarvoor een PGB vv kan worden verstrekt.

- 5.9. 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2015-2017) 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 aan verzoekster over de periode van 21 mei 2015 tot 17 februari 2017 een PGB vv toe te kennen voor twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week, op grond 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. In de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De voorwaarden van de zorgverzekering kennen in 2015, 2016 en 2017 een zelfde strekking. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Verpleging en verzorging

(wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis)

(...)

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 menzis.nl vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.(...)"

- 8.4. In het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (2015) van de ziektekostenverzekeraar is nader uitgewerkt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 4 Aanvraag, toekennen en beëindigen PGB verpleging en verzorging

4.1 De aanvraag van een PGB vv heeft plaats door indiening van het PGB aanvraagformulier. Dit PGB-aanvraagformulier bestaat uit drie delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerden deel en (III) het budgetplan. 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) en het budgetplan (III) 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 In deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. De verpleegkundige legt de indicatie van uw zorgbehoefte vast. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.

4.3 In deel III van het aanvraagformulier (budgetplan) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan – met toepassing van de criteria onder artikel 3 – van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken.

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

4.5 Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts, te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur.

4.6 Wij beoordelen uw PGB vv aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulier. Eventueel kunt u worden uitgenodigd voor een "bewust keuze gesprek". U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw PGB vv aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een PGB voor u betekent. Vervolgens nemen wij een beslissing.

- Bij de beslissing wordt u schriftelijk of per mail geïnformeerd over het toekennen of afwijzen van het PGB vv. Bij toekenning wordt het PGB vv vastgesteld op basis van de volledige set aan gegevens van het PGB aanvraagformulier.
- Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling uit de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in de verzekeringsvoorwaarden. Tijdens de behandeling van uw klacht houdt u recht op aanspraak.

(...)

4.8 Toekennen PGB vv

- Uw aanvraag voor een PGB vv wordt beoordeeld aan de hand van het PGB-aanvraagformulieren set en eventueel een bewust keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u toestemming voor een PGB vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een PGB vv ontvangt u een schriftelijke toestemmingsbrief waarin de periode van toekenning van het PGB vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed;
- De ingangsdatum van het PGB vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben goedgekeurd. De toekenning van het PGB vv wordt schriftelijk aan u bevestigd;
- Op uw verzoek kunnen wij het PGB vv ook op een latere datum in laten gaan.
- Ontvangt u al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een PGB vv indient? Dan moet u deze zorg zelf beëindigen, voordat het PGB vv, zoals opgenomen in de toestemmingsbrief, ingaat. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december;
- In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw PGB vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie.

(...)

4.10 Uw PGB vv eindigt met ingang van de dag waarop:

- a. uw indicatie voor verpleging en verzorging eindigt;

(...)

- 4.11 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. U moet dan een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe PGB vv aanvraag indienen.

(...)

Artikel 8 Overgangsregeling

8.1 Het kan zijn dat u voor 1 januari 2015 al een AWBZ PGB had voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de geldigheid van die indicatie doorloopt in 2015. Als dit het geval is, dan is het onderstaande op u van toepassing.

8.2 Uw recht op persoonlijke verzorging en verpleging vanuit de AWBZ wordt per 1 januari 2015 omgezet naar een aanspraak op verpleging en verzorging ten laste van de Zorgverzekeringswet, conform het gestelde in artikel 1.1.

8.3 U behoudt uw recht op zorg in de vorm van een PGB vv zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ indicatie in 2015 niet verloopt, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015.

(...)"

- 8.5. Het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (2016) kent een zelfde strekking.
- 8.6. In 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging opgenomen in paragraaf 5 van het Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017. Hierin is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv. De betreffende paragraaf luidt, voor zover hier van belang:

(...)

Artikel 2 Doelgroep

2.1 Het Pgb is uitsluitend bestemd voor een specifieke doelgroep. U behoort tot deze doelgroep als u langer dan één jaar behoefte heeft aan verpleging en verzorging.

2.2 Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:



- 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.
- (...)

Artikel 5 Aanvraag Pgb

5.1 U kunt bij Menzis een Pgb aanvragen door een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. U kunt dit aanvraagformulier vinden op menzis.nl/pgbv. U moet het aanvraagformulier invullen samen met een wijkverpleegkundige. Door het invullen van het aanvraagformulier stelt de wijkverpleegkundige uw behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in de artikelen 2.2 en 2.3 vast. Deze vaststelling wordt ook wel indicatie genoemd. Door het invullen van het aanvraagformulier geeft u ook aan hoe u in uw behoefte aan zorg wilt voorzien. U kunt ervoor kiezen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig in te kopen met een Pgb. U kunt er ook voor kiezen om slechts een deel van die zorg in te kopen met een Pgb. De rest van de zorg waaraan u volgens de wijkverpleegkundige behoefte heeft, kunt u dan krijgen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis. Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.

5.2 Het ingevulde aanvraagformulier mag op het moment van indienen niet ouder zijn dan drie maanden. Het is niet mogelijk om tegelijkertijd meerdere aanvraagformulieren naast elkaar in te dienen. Uw aanvraag voor een Pgb kan slechts gebaseerd zijn op één aanvraagformulier.

5.3 Alleen een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Verpleegkunde met een deskundigheidsniveau 5 én een BIG-registratie mag het aanvraagformulier met u invullen.

(...)

Artikel 6 Toekenningsverklaring

6.1 Als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle toekenningsvoorwaarden en zich geen weigeringsgronden voordoet, ontvangt u van Menzis een schriftelijke toekenningsverklaring. In deze toekenningsverklaring staat vermeld:

- a. de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring,
- b. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring,
- c. de hoogte van uw Pgb in het lopende kalenderjaar en het aantal uren zorg waarop de hoogte van uw Pgb is gebaseerd.

6.2 Als ingangsdatum van uw toekenningsverklaring geldt de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen, tenzij uit uw aanvraagformulier blijkt dat u wilt dat de toekenningsverklaring op een later moment ingaat. In dat geval gaat de toekenningsverklaring in op de door u aangegeven datum.

6.3 Op basis van de inschattingen van uw wijkverpleegkundige, kan Menzis aan uw toekenningsverklaring een geldigheidsduur toekennen van maximaal 2 jaar. Gedurende de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring behoudt u uw recht op een Pgb. Als u in 2015 of 2016 een toekenningsverklaring heeft ontvangen met een geldigheidsduur van meer dan 2 jaar, dan blijft deze toekenningsverklaring geldig tot de geldigheidsduur is verstreken. De hoogte van het Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden en kan van jaar tot jaar verschillen.

6.4 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Pgb alleen behouden door opnieuw een Pgb aan te vragen. Uw nieuwe Pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen. (...)"

- 8.7. De voorwaarden van de zorgverzekering, het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (2015, 2016 en 2017) zijn volgens artikel A26 van de zorgverzekering (2015, 2016 en 2017) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 zorgverzekering 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 zorgverzekering 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.
- Het PGB vv was aanvankelijk niet bij wet geregeld, doch met ingang van 1 januari 2017 is in artikel 13a Zvw de aanspraak op verpleging en verzorging in de vorm van een PGB vv opgenomen. Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is per 1 januari 2017 nader uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.
- 8.9. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verpleging en verzorging een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. Voorts staat vast dat verzoekster van 1 januari 2015 tot en met 20 mei 2015 een indicatie had op grond waarvan zij aanspraak kon maken op Persoonlijke Verzorging in de vorm van een PGB vv. Eveneens staat vast dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster in eerste instantie een PGB vv heeft toegekend voor de periode van 17 februari 2017 tot en met 31 december 2017, voor vijf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 maart 2018 meegedeeld het PGB vv tevens toe te kennen voor de periode van 23 september 2016 tot 17 februari 2017, echter eerst nadat de commissie een bindend advies heeft uitgebracht.
- Gelet op het voorgaande spitst het geschil zich toe op de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv voor de periode van 21 mei 2015 tot 23 september 2016. Voorts is in geschil het aantal uren waarvoor een PGB vv door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster is toegekend.
- 9.2. Ten aanzien van de aanspraak op een PGB vv voor de periode van 21 mei 2015 tot 23 september 2016 overweegt de commissie het volgende. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster eerder dan op 23 september 2016 een aanvraag voor een PGB vv heeft ingediend. Los van het gegeven dat deze aanvraag niet compleet was en om die reden terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen, geldt dat ook het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (2016) niet voorziet in de mogelijkheid een PGB vv met terugwerkende kracht te laten ingaan.

Voorts staat vast dat verzoekster op 17 februari 2017 voor het eerst een complete aanvraag heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, dat voldoet aan de voorwaarden die hieraan zijn gesteld in artikel 5 van paragraaf 5 van het Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017. Op grond van artikel 4.8 van het betreffende reglement is de ingangsdatum van een PGB vv gelijk aan datum waarop een complete aanvraag door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. Aangezien het reglement evenmin voorziet in de mogelijkheid een PGB vv met terugwerkende kracht in te laten gaan, ook niet wanneer de indicatie op een eerder tijdstip is gesteld, heeft verzoekster aanspraak op een PGB vv vanaf 17 februari 2017.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 maart 2018 echter medegedeeld dat hij heeft besloten het PGB vv te laten ingaan op 23 september 2016. In deze beslissing zal de commissie niet treden. Dit betekent dat verzoekster recht heeft op een PGB vv van 23 september 2016 tot en met 31 december 2017.

Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name ten aanzien van de problemen omtrent het verkrijgen van een indicatie en het zorgplan maakt de uitkomst niet anders. Het beheren van een PGB vv brengt een zekere verantwoordelijkheid met zich mee voor verzoekster, waaronder die ervoor zorg te dragen dat tijdig een nieuwe indicatie wordt gesteld, zodat ook tijdig een (nieuwe) aanvraag kan worden ingediend voor een PGB vv.

- 9.3. Wat betreft de door verzoekster gevorderde uitbreiding van het aantal uren in verband met 'zelfzorgtekort toiletgang' en 'zelfzorgtekort medicatiegebruik' overweegt de commissie als volgt. Artikel 2.10 Bzv voorziet in een recht van de verzekerde op verpleging en verzorging, dan wel vergoeding van de kosten daarvan. De kosten van verpleging en verzorging kunnen worden vergoed met een PGB vv, als aan de daarvoor gestelde eisen wordt voldaan. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar komen hiermee overeen. Volgens deze verzekeringsvoorwaarden – zoals geldend voor 2017 – moet de verzekerde, om voor vergoeding van verpleging en verzorging in aanmerking te komen, beschikken over een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan waarin de zorg die hij of zij 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 moeten door verzekerde en zorgaanbieder zijn ondertekend. Een dergelijke aanvraag met een indicatiestelling van een hbo-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) is bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze indicatiestelling hield in: douchen, haar wassen en huidverzorging, kleden, toiletgang en medicatiegebruik. De totale omvang van de indicatie was gesteld op twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het initiatief genomen tot aanpassing van deze indicatie. Volgens de ziektekostenverzekeraar moest de omvang van de indicatie worden verlaagd tot vijf uren en vijftien minuten per week. De ziektekostenverzekeraar was van mening dat de indicatiestelling ten onrechte hulp bij de toiletgang en medicatiegebruik omvatte. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt deze hulp niet onder de verzekerde zorg krachtens de Zvw. De met indicatiestelling belaste wijkverpleegkundige heeft de ziektekostenverzekeraar daarin gevolgd en de omvang van de indicatie verlaagd.
- 9.4. Met betrekking tot het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde bindend advies van 20 december 2017 (SKGZ201601654) geldt dat in die procedure de aanspraak op een PGB vv in 2015 in geschil was. Op grond van de destijds toepasselijke voorwaarden bestond slechts aanspraak op een PGB vv als het ging om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is, dan wel die slecht is in te plannen. In dit kader heeft de commissie geoordeeld dat zorg in verband met toiletbezoek in beginsel enkel als niet-planbare zorg kan worden aangemerkt als het toiletbezoek deel uitmaakt van de gestelde indicatie en waarbij sprake is van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn bij de persoon zelf, dan wel de sociale context van betrokkene. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd, is de commissie hier dus niet tot het oordeel gekomen dat zorg in verband met toiletbezoek niet behoort tot verpleging en verzorging als bedoeld in de Zvw. De commissie tekent hierbij nog aan dat de betreffende 'zorginhoudelijke criteria' met ingang van 1 januari 2017 zijn vervallen.

9.5. De commissie deelt de zienswijze van de ziektekostenverzekeraar derhalve niet. Zoals het Zorginstituut in zijn advies van 4 mei 2018 heeft aangegeven, kan zorg die is geïndiceerd als 'zelfzorgtekort toiletgang' en 'zelfzorgtekort medicatie' onder de zorgverzekering vallen als sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, zoals omschreven in artikel 2.10 Bzv. De commissie maakt deze zienswijze tot de hare. De commissie is van oordeel dat het vereiste verband tussen de indicatie en geneeskundige zorg in dit geval aanwezig is, zodat de genoemde vorm van zorg naar zijn aard dekking kan vinden in de zorgverzekering. Dit betekent echter niet zonder meer dat de totale omvang van de indicatie alsnog moet worden gesteld op twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week. Zoals ook het Zorginstituut heeft opgemerkt, ontbreekt een zorgplan dat de noodzakelijke nadere onderbouwing van de zorg bevat. Zo ontbreekt bij het 'zelfzorgtekort toiletgang' een toelichting die inzichtelijk maakt welke onder de Zvw vallende zorg verzoekster nodig heeft naar omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Ook is een verduidelijking van de zorg ter zake van 'zelfzorgtekort medicatie' noodzakelijk. De commissie acht het wenselijk dat deze nadere onderbouwing op korte termijn beschikbaar komt, zodat verzoekster duidelijkheid krijgt over haar aanspraak op een PGB vv. Daarom zal de commissie een tussenuitspraak doen. Daarbij wordt aan de ziektekostenverzekeraar opgedragen in overleg te treden met (de vertegenwoordiger van) verzoekster en de met de indicatiestelling belaste wijkverpleegkundige om, in overeenstemming met deze tussenuitspraak, te komen tot een herziene indicatiestelling en een daarbij behorend zorgplan. De commissie verwacht dat in dat overleg wordt gepreciseerd welke – onder de zorgverzekering vallende zorg – verzoekster ter zake van 'zelfzorgtekort toiletgang' en 'zelfzorgtekort medicatie' nodig heeft naar omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De commissie stelt een termijn van acht weken waarbinnen zij het resultaat van het hier bedoelde overleg wil ontvangen.

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie een tussenuitspraak doet als hierna onder 10.1 omschreven.

10. Tussenuitspraak

10.1. De commissie:

1. draagt aan de ziektekostenverzekeraar op in overleg te treden met verzoekster of haar vertegenwoordiger en de met de indicatiestelling belaste wijkverpleegkundige teneinde, in overeenstemming met deze tussenuitspraak, te komen tot een herziene indicatiestelling en een daarbij behorend zorgplan terzake van 'zelfzorgtekort toiletgang' en 'zelfzorgtekort medicatie';
2. draagt aan de ziektekostenverzekeraar op de commissie binnen acht weken na dagtekening van deze tussenuitspraak in te lichten over het resultaat van het onder 1 bedoelde overleg, onder overlegging van de daarbij behorende bescheiden, met afschrift van een en ander aan (de vertegenwoordiger van) verzoekster;
3. bepaalt dat na ommekomst van de onder 2 genoemde termijn een datum voor een hoorzitting zal worden bepaald, tenzij partijen te kennen geven dat zij daaraan geen behoefte meer hebben;
4. houdt iedere verdere beslissing aan.

Zeist, 25 juli 2018,

G.R.J. de Groot