



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201901283

Zittingsdatum : 22 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer 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. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 20 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. Verzoeker heeft de commissie op 11 februari 2020 aanvullende informatie gezonden. Een kopie hiervan is op 13 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 13 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 februari 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.4. Verzoeker heeft de commissie op 16 februari 2020 aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 17 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Bij brief van 16 maart 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaak-nummer: 2020009011) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 maart 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juli 2020 gehoord. Een kopie van de door de ziektekostenverzekeraar voorgedragen pleitnota is op 24 juli 2020 ter informatie aan verzoeker gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en een afschrift van de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 5 augustus 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 augustus 2020 aan partijen gezonden, waarbij hen de mogelijkheid is gegeven op het advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 augustus 2020 per e-mail gereageerd. Een kopie hiervan is op 1 september 2020 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering FNV PrimaZorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft psychische en fysieke problemen. Ten behoeve van hem is bij de ziektekostenverzekeraar een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (verder: PGB vv) aangevraagd

op basis van 10 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode van 23 augustus 2018 tot en met 23 augustus 2019 (verder: aanvraag I).

- 3.3. Het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige met betrekking tot verzoeker, betreffende de periode van 23 augustus 2018 tot en met 23 januari 2019 luidt, voor zover hier van belang:
"(...) *Medicatietoediening*
Dhr. krij[.]gt dagelijks zijn medicatie toegediend volgens vv arts.
Duur 02:35
(...) *Persoonlijke zorg*
(...) *Persoonlijke hygiëne*
Dhr. wordt dagelijks geholpen met zijn adl (wassen[,] aankleden[,] douchen, naar omkleden en naar bed brengen)
Duur 08:15
(...)"
- 3.4. De 'Omaha aanleiding' van de indicierend wijkverpleegkundige die ten grondslag ligt aan aanvraag I luidt, voor zover hier van belang:
"(...) *Bij dhr is lever kanker vastgesteld maart 2015. Dhr. was geopereerd aan zijn lever om de tumor te verwijderen. [V]olgens de laatste diagnose dhr. zijn tumor zit ook in zijn borstholte. Dhr. wordt binnen kort geopereerd aan zijn hart om daar ook een tumor te verwijderen[.] Dhr. geeft aan dat hij een ontstoken schouder pees heeft. Dhr geeft aan dat hij misselijk is in de ochtend. Dhr heeft 5-4-2016 chemo gehad. Dhr gebruikt lang en kort werkende morfine, is inmiddels gestopt ivm verslavingsverschijnselen[.] Dhr geeft aan weinig eetlust te hebben, drinkt redelijk genoeg. Dhr. heeft las[t] van obstipatie (tgV langdurige morfine gebruik)[.] Ten gevolge[n] van het gebruik van morfine heeft dhr last van obstipatie. Slapen gaat moeizaam, dhr ervaart onrust, gebruikt hiervoor slaapmedicatie.*
(...) *Dhr. is bekend met angst-paniekstoornis, heeft ook last van black-outs. Dhr ervaart angst bij het innemen van zijn medicatie, hij geeft aan dat hij bang is voor de uitwerking/bijwerking van de medicatie. Dhr komt verward over, chaotisch en ongeconcentreerd. Dhr heeft last van hyper-ventilatie.*
(...) *Lever CA*
Angst stoornis
ziekte van Pfeiffer
Dhr. wordt over paar weken geopereerd aan zijn hart om een tumor te verwijderen (risico operatie)
(...)"
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft, in het kader van de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv, bij verzoeker een huisbezoek afgelegd. Vervolgens heeft hij hem op 4 oktober 2018 per brief meegedeeld dat hij aanvraag I heeft afgewezen.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 19 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.7. Bij verzoeker is op 5 november 2018 een tumorresectie uitgevoerd. De indicierend wijkverpleegkundige heeft vervolgens een herindicatie bij hem verricht. Hierna is bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd op basis van 10 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 20 november 2018 tot en met 20 november 2019 (aanvraag II).
- 3.8. Het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige met betrekking tot verzoeker, betreffende de periode van 20 november 2018 tot en met 20 mei 2019, luidt voor zover hier van belang:

"(...)

Medicatietoediening

Dhr. krij[.]gt dagelijks zijn medicatie toegediend volgens vv arts.

Duur 04:30

"(...)

Persoonlijke hygiëne

Dhr. wordt dagelijks geholpen met zijn adl (wassen[.] aankleden[.] douchen, naar omkleden en naar bed brengen)

"(...)

Duur 05:45

"(...)"

- 3.9. De 'Omaha aanleiding' van de indicierend wijkverpleegkundige die ten grondslag ligt aan aanvraag II luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Dhr. heeft 4/11/2018 ok gehad, resectie tumor borst holte, tumor zat bij de pericard ingekapseld en [is] verwijderd. Dhr. heeft nog steeds last van pob klachten, gauw moe en benauwd, kortademig ook in rust.

Na de operatie heeft dhr. nog last van wondpijn. dhr. loopt wankel, kan niet goed op de benen staan/ kort[e] afstanden.

Dhr. heeft ondersteuning nodig bij zijn ADL en medicatie toedienen.

Dhr. zegt ook last te hebben van slikproblemen[.] diëtiste wordt nog ingeschakeld, wacht nog op een afspraak. Dhr. is afgevallen van 80 kg naar 60 kg.

Dhr. gebruikt klysma voor obstipatie elke dag.

"(...)

Dhr. is bekend met angst-paniekstoornis, heeft ook last van black-outs.

Dhr ervaart angst bij het innemen van zijn medicatie, hij geeft aan dat hij bang is voor de uitwerking/ bijwerking van de medicatie.

Dhr komt verward over, chaotisch en ongeconcentreerd.

Dhr heeft last van hyperventilatie.

"(...)

Lever CA

Angst stoornis

ziekte van Pfeiffer

tumor verwijderen uit zijn hart/pericard

"(...)"

- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft ter beoordeling van de aanvraag informatie opgevraagd bij de huisarts en de indicierend wijkverpleegkundige. Ook is op 7 februari 2019 telefonisch een Bewust Keuze Gesprek met verzoeker gevoerd. Het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar aan de indicierend wijkverpleegkundige van 12 februari 2019 luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

We verzoeken u antwoord te geven op onderstaande vragen.

• Heeft u contact gehad met de huisarts? Zo ja, welke informatie heeft u opgevraagd?

• In uw rapportage van Omaha staat dat meneer in november is geholpen aan zijn tumor in de borstholte. Wat is het verloop van de ziekte tot nu toe?

• Wat zijn de verwachtingen met betrekking tot zijn medische aandoening?

• Welke beperkingen brengt het met zich mee?

• Heeft u hulpmiddelen geadviseerd? Zo ja, welke? Zo nee, heeft u het ter sprake gebracht in uw gesprek?

• In hoeverre is er sprake van een zorgbehoefte langer dan 1 jaar of is er sprake van een tijdelijke zorgbehoefte? Meneer heeft in het gesprek aangegeven dat de tumor die op zijn zenuw drukt en de rugpijn veroorzaakt is verwijderd[.] in hoeverre kan dit nog rugklachten geven.

• In hoeverre draagt deze indicatie bij aan de zelfredzaamheid van meneer [naam verzoeker]?

"(...)"

- 3.11. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 18 februari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar verklaard:
"(...)
De gevraagde informatie van de huisarts, via een brief, ziekte verloop/geschiedenis. Verder had dhr. een ontslag brief van ziekenhuis. De vraag over de zenuw/tumor is puur medisch, voor meer informatie je kan beter contact opnemen met de thorax-chirurg.
Het is te verwachten dat de situatie blijft stabiel slecht. Juist door het bieden van de goede zorg en niet te veel belasten, blijft situatie stabiel. En dhr. kan zijn energie gebruiken, voor andere dagelijks activiteiten.
(...)"
- 3.12. De huisarts heeft op 4 april 2019 over verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar verklaard:
"(...)
Bij [naam verzoeker] is in maart 2015 de diagnose folliculair dendritisch sarcoom gesteld gelokaliseerd in de lever en de hilus. Hij heeft hiervoor een (...) partiële leverresectie gehad en chemokuren. In april 2018 bleek er sprake van een recidief gelokaliseerd in de thoraxholte tegen de vena cava gelegen en ingroei in het diafragma. De rugklachten leken hier aan gerelateerd te zijn. In november 2018 heeft er resectie van de tumor plaatsgevonden. Welke klachten te verwachten zijn na de resecties en of hij nu volledig tumorvrij is, is een vraag die bij de behandelend specialisten in het ziekenhuis gesteld moet worden daar ik niet van alle follow-up berichtgeving ontvangen heb. Zoals boven beschreven lijken de rugklachten gerelateerd te zijn aan de tumor[,] echter hij is hiervan niet klachten vrij na resectie. Zijn angst en panieklachten belemmeren goed onderscheidt tussen nog aanwezige pijn en angst voor de pijn. Ook voor de beperkingen in ADL en medicatie toediening is dit onderscheidt niet goed te maken.
Vooralsnog werden er geen interventies ingezet ter verbetering van zelfredzaamheid. Er zijn wel een aantal opties besproken[,] echter deze komen niet van de grond door de eerder beschreven klachten.
(...)"
- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 17 april 2019 per brief meegedeeld aanvraag II te hebben afgewezen.
- 3.14. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.15. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 16 maart 2020 luidt, voor zover hier van belang:
"(...)
Beoordeling
Het dossier bevat minimale medische informatie, informatie over de huidige medische situatie van verzoeker ontbreekt. Er zijn twee PGB vv aanvragen en zorgplannen aanwezig.
De mate van ernst van de aandoeningen die beschreven worden en de beperkingen die daar op dit moment kennelijk uit voortvloeien vragen om een duidelijke onderbouwing, zowel bij de eerste als de tweede aanvraag. Deze onderbouwing ontbreekt. Op basis van de informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat de geïndiceerde zorg voortvloeit uit de beperkingen/aandoeningen van verzoeker. Het is onduidelijk welke zorg noodzakelijk is rondom de medicatie inname. Daarnaast is onduidelijk waarom verzoeker dusdanig ADL afhankelijk is dat hij daarbij hulp behoeft.
(...)
Naar aanleiding van de stelling van verweerder dat zorg in verband met psychische problematiek niet onder de Zvw valt merkt het Zorginstituut het volgende op. Psychiatrische zorg valt onder het begrip geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Het is daarom mogelijk dat een verzekerde op grond van een psychische aandoening aanspraak kan maken op een PGB vv. Wel moet sprake zijn van zorg, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.
Het Zorginstituut kan geen advies geven over de andere afwijsgonden van verweerder, dat verzoeker niet in staat is om een PGB vv te beheren en een informele zorgverlener in de situatie

van verzoeker niet doelmatig is. Deze afwijsgonden hebben geen betrekking op de vraag of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden' en/of sprake is van een geneeskundige context.

Conclusie

De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg is onvoldoende onderbouwd voor beide PGB vv aanvragen. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering (...)"

- 3.16. Het definitief advies van het Zorginstituut van 5 augustus 2020 luidt, voor zover hier van belang: "(...)"

Naar aanleiding van de vraag van verweerder wanneer sprake is van een geneeskundige context bij psychische problematiek merkt het Zorginstituut het volgende op. Een verzekerde kan psychische klachten of een psychische aandoening hebben met somatische klachten als gevolg. Er kan dan sprake zijn van een geneeskundige context en aanspraak bestaan op een PGB vv. In het voorlopig advies concludeerde het Zorginstituut dat de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is. Er is geen nadere onderbouwing aangeleverd door de wijkverpleegkundige. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:

- (i) aanvragen I en II alsnog toe te kennen;
- (ii) de proceskosten te vergoeden.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. De zorgverzekering biedt onder voorwaarden dekking voor een PGB vv. Beoordeeld moet worden of verzoeker hieraan voldoet. In dat geval heeft hij aanspraak op een PGB vv. Partijen verschillen van mening of verzoeker behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, zoals bedoeld in de artikelen 2.1 en 2.2, onderdeel a, van het 'Reglement Pgb Verpleging en Verzorging (2018)' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) in samenhang met artikel 2.10 Bzv. Tot deze doelgroep behoren verzekerden die langer dan één jaar behoefte hebben aan verpleging en verzorging. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij deze zorg verband moet houden met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Dit laatste is de geneeskundige context.

De commissie zal per aanvraag beoordelen of aan deze voorwaarden is voldaan.

Aanvraag I

- 6.3. Verzoeker heeft gesteld dat zijn zorgvraag een geneeskundige context heeft. Allereerst is zijn zorgbehoefte niet uitsluitend het gevolg van zijn psychische klachten. De aanvraag is namelijk gedaan in verband met rugklachten, en niet vanwege zijn angst- en panieklachten. De aanwezigheid van deze rugklachten blijkt uit een verklaring van de huisarts. Uit de betreffende verklaring komt niet naar voren dat géén relatie bestaat tussen de zorgvraag en de aanwezige rugpijn. Bovendien blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op het verkeerde been heeft gezet. Er kan volgens dit advies wel degelijk sprake zijn van een geneeskundige context als de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg het gevolg is van psychische klachten. Ook blijkt uit het stuk dat de indicierend wijkverpleegkundige zijn werk niet goed heeft gedaan. Verzoeker heeft geprobeerd antwoorden te krijgen, maar zonder succes. De indicierend wijkverpleegkundige heeft de geneeskundige context niet voldoende onderbouwd, omdat de situatie te specialistisch is. De ontoreikende onderbouwing van de indicierend wijkverpleegkundige kan niet voor risico van verzoeker komen. Er kan een second opinion worden gevraagd. De hulp bij de medicatie is noodzakelijk, omdat verzoeker deze kwijtraakt.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de verpleegkundige moet indiceren conform alle normen uit het normenkader van de beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN). Hij verwijst naar het bindend advies met zaaknummer 201900908 van de commissie. Dit is in het geval van verzoeker niet gebeurd, omdat de geneeskundige context van de zorgvraag niet is onderbouwd.
- De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan niet beschreven welke somatische klachten verzoeker belemmeren de geïndiceerde zorg zelf uit te voeren. In het zorgplan worden daarentegen wel de psychische klachten van verzoeker benoemd. Het bij verzoeker geïndiceerde zelfzorgtekort lijkt, gelet op dit zorgplan en het huisbezoek, niet het gevolg van somatische klachten of een somatische problematiek, zoals de door verzoeker benoemde rugklachten, maar veeleer van zijn psychiatrische problematiek. Zorg ten behoeve van of ten gevolge van psychische klachten behoort niet tot de aanspraak op verpleegkundige zorg in de Zvw. Deze zorg houdt immers geen verband met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch-specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar verwijst ter onderbouwing hiervan naar de toelichting van de wetgever bij artikel 2.10 Bzv.
- In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut tekent de ziektekostenverzekeraar aan dat psychische klachten en somatische klachten naast elkaar kunnen bestaan. Het is de taak van de indicierend wijkverpleegkundige te achterhalen welke van de twee de oorzaak is van een zorgvraag. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af wat het Zorginstituut bedoelt met de constatering dat een verzekerde op grond van psychische problematiek aanspraak kan maken op een PGB vv, mits sprake is van een geneeskundige context.
- 6.5. De commissie stelt vast dat het Zorginstituut, in zijn advies van 16 maart 2020, constateert dat verzekerden ook op grond van een psychische aandoening aanspraak kunnen maken op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Psychiatrische zorg valt namelijk onder de aanspraak geneeskundige zorg zoals bedoeld in de Zvw. In het advies van 5 augustus 2020 wordt door het Zorginstituut toegelicht dat een verzekerde somatische klachten kan hebben als gevolg van psychische klachten of een psychische aandoening. Een geneeskundige context kan dan aan de orde zijn. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Dit betekent echter niet dat verzoeker automatisch aanspraak heeft op een PGB vv conform aanvraag I.
- 6.6. Het Zorginstituut tekent namelijk aan dat ook in geval van een psychische aandoening sprake moet zijn van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. In het advies van 16 maart 2020 wordt ten aanzien van de geneeskundige context geconcludeerd dat de mate van ernst van de aandoeningen die zijn beschreven en de beperkingen die hieruit voortvloeien niet voldoende zijn onderbouwd. Op basis van de informatie in het dossier blijkt niet dat de geïndiceerde zorg voortvloeit uit de beperkingen/aandoeningen van verzoeker. Verder is niet duidelijk welke zorg noodzakelijk is bij de medicatie-inname. Evenmin is duidelijk waarom verzoeker

hulp nodig heeft bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Het Zorginstituut adviseert de commissie daarom tot afwijzing van het verzoek.

- 6.7. De commissie overweegt dat de geneeskundige context, gelet op de exclusieve bevoegdheid tot het indiceren van wijkverpleegkundige zorg ten laste van de zorgverzekering en de hiervoor geldende beroepsnormen, tot uitdrukking moet worden gebracht door de indicierend wijkverpleegkundige. Dit is, gelet op de adviezen van het Zorginstituut, in de situatie van verzoeker niet gebeurd. Verzoeker is, hoe vervelend dit ook voor hem is, niet erin geslaagd aannemelijk te maken dat hij behoort tot de doelgroep voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvraag I om die reden terecht afgewezen.

Voor zover verzoeker heeft gesteld dat de indicierend wijkverpleegkundige niet bereid was zijn onderbouwing van de geneeskundige context aan te vullen, geldt dat dit niet kan leiden tot een andere bewijslastverdeling, waarbij het risico voor de ontoereikende onderbouwing bij de ziektekostenverzekeraar komt te liggen. Uit jurisprudentie van de Hoge Raad valt op te maken dat stelplicht en bewijslast bij degene liggen die aanspraak maakt op vergoeding. Voor zover verzoeker dan ook van mening is dat hij hieraan had kunnen voldoen, met name door de geneeskundige context aannemelijk te maken aan de hand van een second opinion, had het op zijn weg gelegen deze te laten uitvoeren en de resultaten hiervan in de procedure te brengen.

Aanvraag II

- 6.8. Verzoeker heeft in reactie op de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij niet langer dan één jaar zou zijn aangewezen op verpleging en/of verzorging gesteld dat zijn rugklachten een jaar na de operatie nog onverminderd actueel waren. Voor zover de ziektekostenverzekeraar meent dat rugklachten nooit langer dan één jaar kunnen bestaan, is dit niet door hem beargumenteerd. Daarbij is verzoeker in de toepasselijke wet- en regelgeving, en de polisvoorwaarden niet tegengekomen dat als voorwaarde voor verpleging en/of verzorging geldt dat maatregelen moeten zijn genomen om de zelfredzaamheid te vergroten. Verzoeker wijst voorts erop dat de ziektekostenverzekeraar kennelijk meende dat de informatie van de huisarts onvoldoende was om tot een juist oordeel te komen. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens aanvullende informatie aan de indicierend wijkverpleegkundige gevraagd. De indicierend wijkverpleegkundige heeft de gevraagde informatie niet kunnen verstrekken. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk gemeend te kunnen volstaan met de eerdere - ontoereikende - informatie van de huisarts. Dit laatste is voor verzoeker onbegrijpelijk.

- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de wijkverpleegkundige moet indiceren conform alle normen uit het normenkader van de beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN). Dit is niet gebeurd, omdat de geneeskundige context van de zorgvraag niet is onderbouwd, niet kon worden aangegeven waarom verzoeker na de operatie nog langer dan één jaar op zorg zou zijn aangewezen, en versterking van de eigen regie en zelfredzaamheid bij de indicatiestelling niet centraal hebben gestaan. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het bindend advies met zaaknummer 201900908 van de commissie, waaruit volgt dat uit het zorgplan duidelijk moet zijn wat de achtergrond is van bepaalde klachten en hoe handelingen zelf of eventueel met hulpmiddelen kunnen worden uitgevoerd.

De indicierend wijkverpleegkundige heeft niet beschreven welke fysieke problemen verzoeker belemmeren in zijn zelfzorg. Wél is door hem aangegeven dat verzoeker is geopereerd in verband met een tumor. Verzoeker heeft aangegeven dat zijn zorgvraag samenhangt met zijn rugklachten en dat deze het gevolg zijn van de tumor. Een verklaring waarom verzoeker na de operatie nog rugklachten ervaart, is - bij navraag - niet door de indicierend wijkverpleegkundige en de huisarts gegeven. De huisarts heeft in dit verband wel gesteld dat de angst- en paniekstoornis verzoeker belemmert onderscheid te maken tussen aanwezige pijn en angst voor pijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft sterke aanwijzingen dat de psychische klachten van verzoeker ten grondslag liggen aan zijn zorgvraag, in welk geval een geneeskundige context ontbreekt en geen sprake is van verpleging en verzorging zoals bedoeld in de zorgverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag, gelet op de door verzoeker benoemde relatie tussen de rugklachten en de tumor, ervan worden uitgegaan dat hij binnen een jaar na de operatie van zijn rugklachten

is hersteld. Als herstel langer duurt, dan mag de ziektekostenverzekeraar hiervoor een verklaring verwachten van een medisch specialist. Aangezien niet duidelijk is geworden wat de geneeskundige context van de zorgvraag is na de operatie, is de conclusie dat verzoeker niet langer dan één jaar is aangewezen op verpleging en verzorging, zoals bedoeld in artikel 2.1 van zijn reglement.

- 6.10. De commissie merkt op dat het advies van het Zorginstituut van 16 maart 2020 wat betreft aanvraag II identiek is aan dat van aanvraag I. Het Zorginstituut constateert dat de geneeskundige context van aanvraag II niet voldoende is onderbouwd om redenen zoals uiteengezet in overweging 6.5. Het Zorginstituut adviseert de commissie dan ook tot afwijzing van het verzoek.
- De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij behoort tot de doelgroep voor een PGB vv en aanvraag II werd om die reden terecht afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Meer specifiek had het op de weg van de indicierend wijkverpleegkundige gelegen duidelijk te maken waarom bij verzoeker geruime tijd na de operatie nog rugklachten zouden bestaan.
- De vraag of verzoeker in staat is tot verantwoord beheer van een PGB vv kan, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, onbesproken blijven.

Ontoereikende informatie bij aanvraag II?

- 6.11. Naar de commissie begrijpt, meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar aanvraag II niet had mogen afwijzen op basis van de beschikbare informatie, omdat deze kennelijk ontoereikend was. Deze stelling faalt. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van verzoeker zijn aanspraak op het aangevraagde PGB vv aan te tonen, zoals hiervoor, onder verwijzing naar de jurisprudentie, is toegelicht. Het had daarom op zijn weg gelegen een deugdelijk onderbouwde aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen, op basis waarvan laatstgenoemde de aanspraak zonder navraag had kunnen vaststellen. Dit is niet gebeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft vanwege de ontoereikende onderbouwing van de aanvraag vervolgens besloten zelf informatie op te vragen ter beoordeling van de aanspraak. Hiervoor was hij afhankelijk van anderen, en deze konden de gevraagde informatie niet aanleveren. Mocht verzoeker hebben gemeend dat de gevraagde, maar niet verkregen informatie noodzakelijk was voor de beoordeling van zijn aanspraak op een PGB vv, dan was het aan hem deze informatie alsnog aan te leveren. Aangezien dit achterwege bleef, mocht de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk besluiten dat verder aanhouden van de behandeling van de aanvraag niet zinvol was.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het aangevraagde PGB vv. Het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden toegekend.

Proceskostenvergoeding

- 6.13. Verzoeker heeft tevens verzocht om vergoeding van de proceskosten. Aangezien het verzoek tot toekenning van een PGB vv wordt afgewezen, bestaat reeds om die reden geen grond voor toewijzing van de gevorderde vergoeding. De commissie tekent hierbij aan dat in beginsel geen veroordeling in de proceskosten, het entreegeld uitgezonderd, mogelijk is. Alleen bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van deze algemene regel af te wijken (vgl. GcZ 28 januari 2009, 2008.01038). Een en ander is bepaald in artikel 15 van het reglement van de commissie. De reden hiervoor is met name erin gelegen dat met de onderhavige procedure is getracht een laagdrempelige voorziening te creëren. Dit laagdrempelige karakter kan verloren gaan indien partijen het risico lopen te worden veroordeeld tot betaling van de soms aanzienlijke proceskosten.
- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 september 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- niet gepaard gaat met verblijf, en
- geen kraamzorg betreft.

U heeft ook recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kind verzorgthuizen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als u vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging geïndiceerd hebt gekregen of als de persoonlijke verzorging onderdeel is van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO).

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.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger 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. U kunt ook naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor ZZP-ers in de zorg.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. 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 inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Toestemming

Als u naar een zorgaanbieder wilt gaan die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur over de mogelijkheden op 088 222 42 42.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement en op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

A17 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over onze dienstverlening, wil Menzis dit graag van u weten. Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier op menzis.nl/klachtafhandeling in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, belt u dan onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- U kunt het formulier sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht in behandeling nemen en beantwoorden.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van Menzis of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- Informatie over de SKGZ kunt u vinden op skgz.nl. U kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kunt u vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Menzis en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit,
 - de burgerlijke rechter.

Let op

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.2.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachtenmanagement u daarbij helpen.

- Menzis, afdeling Klachtenmanagement, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981.

A20 Terrorisme

Als 1 of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de

5 Reglement Pgb Verpleging en Verzorging

Artikel 1 Wat is een Pgb?

Een Pgb (persoonsgebonden budget) is een passende gemaximeerde vergoeding voor de kosten die u maakt voor het inkopen van zorg. Met een Pgb kunt u zorg inkopen die is afgestemd op uw behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden. Als u een Pgb ontvangt, bent u zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u daarmee inkoopt.

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.
- 2.3 Als u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden en u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan is het niet nodig dat uw zorgbehoefte langer duurt dan één jaar. Wel is noodzakelijk dat u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2.

Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden

- 3.1 U ontvangt een Pgb 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 navolgende voorwaarden, tenzij zich een weigeringsgrond voordoet:
 - a. u bent naar het oordeel van Menzis in staat met het Pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit,
 - b. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg, en
 - d. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Pgb geleverd wil en kan krijgen.

U voldoet naar het oordeel van Menzis in ieder geval niet aan de 4 hierboven genoemde voorwaarden, als:

1. u zich bij de eerdere verstrekking van een Pgb in de AWBZ, Wlz, WMO of Jeugdwet niet gehouden heeft aan de daarbij opgelegde verplichtingen,
2. u op het moment van aanvragen van het Pgb een achterstand heeft in de betaling van uw zorgverzekeringspremie ter hoogte van 4 maandpremies of meer,

5. Het (niet-) bindend advies bevat, naast de beslissing, in ieder geval:
 - a. de naam of de namen van het lid onderscheidenlijk de leden van de Geschillencommissie ten overstaan van wie de hoorzitting onderscheidenlijk door wie de beslissing op basis van stukken heeft plaatsgevonden,
 - b. de namen, en de woon- c.q. statutaire vestigingsplaats van partijen,
 - c. de standpunten van partijen;
 - d. de motivering van de beslissing;
 - e. de vermelding of het advies bindend dan wel niet-bindend is;
 - f. de dagtekening van het (niet-) bindend advies,
6. De Geschillencommissie zendt aan elk der partijen een vanwege de Geschillencommissie ondertekend afschrift van het (niet-) bindend advies. Verzending van het (niet-) bindend advies geschiedt per post, tenzij een partij heeft verklaard digitaal met de Geschillencommissie te willen corresponderen. In dat geval ontvangt deze partij het (niet-) bindend advies langs elektronische weg. Het origineel blijft onder de Geschillencommissie berusten.
7. Voorts zendt de Geschillencommissie een afschrift van het (niet-) bindend advies aan het Zorginstituut Nederland, in die gevallen waarin dit instituut advies als bedoeld in artikel 10 heeft uitgebracht.
8. De Geschillencommissie stelt haar adviezen geanonimiseerd beschikbaar voor publicatie.

Artikel 15 Kosten

1. De kosten die partijen voor de behandeling van het Verzoek door de Geschillencommissie maken, waaronder het entreegeld zoals genoemd in artikel 9, eerste lid, de aan de zaak bestede tijd, de reis- en verblijfkosten, en de kosten die van door hen voorgedragen getuigen en/of deskundigen, zijn voor rekening van de betrokken partij.
2. In afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie evenwel in het bindend advies bepalen dat het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk wordt gerestitueerd. Daarnaast kan de Geschillencommissie in het bindend advies opnemen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld geheel of gedeeltelijk aan de consument dient te vergoeden, onder meer in het geval de consument geheel of grotendeels in het gelijk wordt gesteld.
3. Eveneens in afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie in het bindend advies bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade.

Artikel 16 Verbetering kennelijke fouten

1. De Geschillencommissie kan, op verzoek van een partij of ambtshalve, binnen een termijn van vier weken na verzending van het (niet-) bindend advies, besluiten tot verbetering van een kennelijke rekenfout, schrijffout of andere kennelijke fout die zich voor eenvoudig herstel leent, in het (niet-) bindend advies.
2. De Geschillencommissie gaat niet tot de verbetering over dan na partijen in de gelegenheid te hebben gesteld zich daarover uit te laten.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.

(...)

6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.

(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.

(...)