



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.  
beide te Wageningen  
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie,  
aantal toegekende uren  
Zaaknummer : 201800873  
Zittingsdatum : 28 november 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,  
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 kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering GarantTandVerzorgd 950 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft, door middel van het daarvoor bestemde aanvraagformulier, op 3 juli 2018 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van twintig uren en vijf minuten Persoonlijke Verzorging per week. Bij brief van 29 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is toegewezen voor negen uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met het aantal toegekende uren en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 17 mei 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een PGB vv toe te kennen op basis van negentien uren Persoonlijke Verzorging per week, althans minimaal achttien uren en veertig minuten Persoonlijke Verzorging per week, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 september 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 13 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 oktober 2018 heeft het Zorginstituut bij wege van voorlopig advies (zaaknummer: 2018045240) aan de commissie medegedeeld dat het dossier onvoldoende informatie bevat om vast te kunnen stellen of de geïndiceerde zorg in de situatie van verzoekster onder de Zvw valt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 oktober 2018 aan partijen gezonden.
- 3.8. Bij brief van 15 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is bij brief van 16 november 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 6 december 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Het Zorginstituut bij de brief van 10 december 2018 de commissie medegedeeld dat dit niet het geval is dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster lijdt aan een scala van aandoeningen aan de spieren en/of het bewegingsapparaat. Verzoekster is bekend met fibromyalgie, hetgeen tot chronische pijnklachten en krachtverlies leidt. Daarnaast kampt zij met klachten vanwege lymfoedeem, waaronder zwellingen, vermoeidheid, een zwaar gevoel, pijn, beperkingen in de beweging, beperkingen in het dagelijks functioneren, huidafwijkingen en infecties. Voorts is sprake van klachten vanwege lipoedeem, waaronder pijnklachten in verband met plaatselijke vetophopingen op het lichaam en snel vermoeide benen. De aandoeningen van verzoekster leiden tevens tot depressiviteit, waardoor zij in een sociaal isolement is gekomen. Verzoekster is vaak initiatiefloos en apathisch en ligt dan veel op bed. Als gevolg van de toegenomen klachten is verzoekster in toenemende mate aangewezen op Persoonlijke Verzorging.
- 4.2. Op 3 juli 2017 heeft de indicierend wijkverpleegkundige ten behoeve van verzoekster een indicatie gegeven voor twintig uren en vijf minuten Persoonlijke Verzorging per week. Deze indicatie is nader uitgewerkt in een zorgplan. De Persoonlijke Verzorging ziet op huidzorg, hulp bij het in bad gaan, aan- en uittrekken van het korset, aan- en uittrekken van de steunkousen, hulp bij het onderhouden van een goede mondhygiëne, hulp bij het wassen en aan- en uitkleden, hulp bij de toiletgang, aanreiken van medicatie en verzoekster stimuleren om drie keer daags een maaltijd tot zich te nemen.

- 4.3. Naar aanleiding van de ingediende aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar een huisbezoek afgelegd bij verzoekster. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een PGB vv toe te kennen op basis van negen uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Het aantal toegekende uren is onvoldoende om de geïndiceerde zorgtaken uit te voeren. Bovendien neemt de zorgvraag van verzoekster alleen meer verder toe. Het is niet juist de indicatie te verlagen.
- 4.4. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat het aantal uren ter zake van het stimuleren van voeding, het bestellen van maaltijden, hulp bij de medicatie en hulp bij het baden moet worden verlaagd.  
Een onderdeel van de behandeling van lipoedeem is dat verzoekster moet werken aan haar leefstijl. Dit betekent onder andere dat zij moet letten op haar voeding en haar beweging. De uren voor het stimuleren van de voeding zijn aangevraagd, omdat verzoekster zonder die stimulans niet eet dan wel alleen droog brood. Dit kan op termijn leiden tot ondervoeding, met als gevolg nog meer zorgkosten. Bovendien geldt ten algemene dat verzoekster depressief is en continu moet worden gestimuleerd om activiteiten te ondernemen. Als dit niet gebeurt, ligt zij hele dagen op bed. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het aantal uren voor hulp bij het baden is verlaagd, omdat hulp bij het douchen is aangevraagd. Dit is echter niet juist, zoals ook blijkt uit het zorgplan. Hulp bij het baden is geïndiceerd, omdat bij het baden de warmte goed in de spieren van verzoekster kan trekken. Dit heeft tot gevolg verlichting van de klachten als gevolg van de fibromyalgie. Douchen is hiervoor een onvoldoende alternatief, omdat de warmte dan minder goed in de spieren kan trekken.
- 4.5. Verder benadrukt verzoekster dat de aanvraag voor een PGB vv is onderbouwd met een advies van een daartoe gecertificeerde wijkverpleegkundige. De benodigde zorg is in dat kader geobjectiveerd. De onderbouwing van de ziektekostenverzekeraar laat daarentegen te wensen over. Niet alleen wordt zorg afgewezen die niet is geïndiceerd, ook wordt niet onderbouwd waarom de geïndiceerde zorg niet onder de Zvw valt. Al met al heeft de ziektekostenverzekeraar dus een onzorgvuldig besluit genomen, omdat geen rekening is gehouden met alle relevante feiten en omstandigheden.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de zorg die is geïndiceerd op een andere wijze interpreteert dan is bedoeld.  
Hulp bij het baden is geïndiceerd, omdat baden enerzijds haar spieren warm houdt en dit haar klachten doet afnemen, maar ook is zorg nodig omdat blaasjes op de huid ontstaan. Hulp bij het innemen van voeding is geïndiceerd, omdat verzoekster zonder de aanwezigheid van een verzorgende enkel droog brood eet en dit haar gezondheid niet ten goede komt. Dit volgt uit duidelijk uit het zorgplan dan bij de aanvraag voor het PGB vv is ingediend. Daarnaast wordt aangevoerd dat verzoekster ten algemene moet worden gestimuleerd en ondersteund om allerlei zaken te doen, omdat zij anders dagen in haar bed zou blijven liggen.  
Verder wordt aangevoerd dat bij verzoekster voorheen sprake was van 24 uur zorg per week, die bestond uit begeleiding enerzijds en verpleging en verzorging anderzijds. Voor de begeleidende activiteiten is een beroep gedaan op de gemeente, die slechts een deel van het aantal gevraagde uren heeft toegekend. Om de benodigde zorg toch voort te kunnen zetten, wordt ook een beroep gedaan op de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de situatie van verzoekster tijdens een huisbezoek echter niet goed beoordeeld. Tijdens dit bezoek was bijvoorbeeld de verzorgende niet aanwezig en verzoekster is zelf niet goed in staat haar verhaal te doen. Daarnaast weigerde de medewerker van de ziektekostenverzekeraar kennis te nemen van allerlei (medische) stukken die verzoekster wenst voor te leggen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 augustus 2017 een aanvraag voor een PGB vv ten behoeve van verzoekster ontvangen. De indicierend wijkverpleegkundige heeft twintig uren en vijf minuten Persoonlijke Verzorging per week geïndiceerd. Naar aanleiding van de aanvraag heeft op 21 augustus 2017 een huisbezoek bij verzoekster plaatsgevonden. Tijdens het huisbezoek is vastgesteld dat er tijd in de indicatie is opgenomen voor zorg die niet onder de Zvw valt, als ook dat meer zorg is geïndiceerd dan noodzakelijk, gelet op de medische indicatie van verzoekster. Om die redenen is besloten een PGB vv toe te kennen op basis van negen uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week.

5.2. De adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier bestudeerd en over de zorgvraag van verzoekster en de in mindering gebrachte uren de volgende verklaring gegeven:

*"Huidzorg*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft vijfendertig minuten per week geïndiceerd in verband met hulp bij huidzorg. Voor deze zorg is een PGB vv toegekend.*

*Medicatie - informeren*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft één uur en tien minuten geïndiceerd voor het geven van informatie over de medicatie van verzoekster en de werking hiervan. Dit betreft geen zorg die een wijkverpleegkundige pleegt te bieden. Het is de taak van de apotheek om informatie over medicatie te verstrekken. Voor deze zorg is om die reden geen PGB vv toegekend.*

*Oefening en beweging - hulp bij baden*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft vier uren en veertig minuten per week geïndiceerd in verband met hulp bij het baden. Dit wordt normaliter gewoon 'wassen' genoemd, waarbij de verzekerde zelf mag bepalen in welke vorm hij/zij zich wast. De normtijd voor 'wassen' is twintig minuten per dag. In de situatie van verzoekster is echter dertig minuten per dag toegekend, dan wel drie uren en dertig minuten per week.*

*Persoonlijke hygiëne - wassen en kleden*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft drie uren en dertig minuten geïndiceerd voor hulp bij wassen en kleden. Aangezien reeds tijd is geïndiceerd voor hulp bij 'wassen', is enkel voor de tijd die samenhangt met de hulp bij aan- en uitkleden een PGB vv toegekend voor één uur en tien minuten per week.*

*Blaaszorg - hulp bij toiletgang*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft drie uren en dertig minuten per week geïndiceerd in verband met hulp bij toiletgang. Tijdens het huisbezoek heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat verzoekster vlot zelfstandig kan opstaan en lopen. De toegekende tijd voor hulp bij toiletgang is daarom verlaagd naar één uur en tien minuten per week, zodat er nog hulp kan worden gegeven bij het schoonmaken na de grote boodschap.*

*Medicatie toedienen*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft één uur en tien minuten per week geïndiceerd voor hulp bij het innemen van medicatie. Uit het zorgplan volgt dat medicatie wordt aangereikt aan verzoekster. Dit betreft een vorm van begeleiding. Begeleiding valt echter niet onder de Zvw. Om die reden zijn deze uren niet toegekend.*

*Medicatie coördinatie/bestelling*

*Tussen partijen is niet in geschil dat de vijftien minuten per week die in verband met het bestellen van medicatie is geïndiceerd geen verzekerde prestatie betreft op grond van de Zvw en dat hiervoor geen PGB vv kan worden toegekend.*

*Voeding, beleid / balans - stimuleren van voeding*

*In het zorgplan is opgenomen dat verzoekster wordt gestimuleerd om drie keer daags een maaltijd tot zich te nemen. Hiervoor is één uur en tien minuten per week geïndiceerd. Dit is een vorm van begeleiden en valt om die reden niet onder de Zvw. Hiervoor is derhalve geen PGB vv toegekend. Uit het zorgplan volgt tevens dat verzoekster depressief en initiatiefloos is en dat zij om die reden continue moet worden gestimuleerd. In dit kader wijst de ziektekostenverzekeraar op de memorie van toelichting bij artikel 2.10 Bzv. Hieruit volgt de behoefte aan ondersteuning bij ADL bij mensen met psychiatrische problemen valt onder de Wmo en derhalve niet onder de Zvw.*

*Hulpmiddelen - corset*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft vijfendertig minuten per week geïndiceerd in verband met hulp bij het aantrekken van een corset. Voor deze zorg is een PGB vv toegekend.*

*Hulpmiddelen - steunkousen en steunmouwen*

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft twee uren en twintig minuten per week geïndiceerd in verband met hulp bij het aantrekken van de steunkousen en de steunmouwen. Tijdens het huisbezoek is door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat verzoekster zelfstandig in staat is de steunmouwen aan te trekken. Om die reden is afgeweken van de indicatie en is voor één uur en vijfenveertig minuten per week een PGB vv toegekend.*

*Persoonlijke hygiëne - mondzorg*

*Uit het zorgplan volgt dat één uur en tien minuten per week is geïndiceerd in verband met hulp bij goede mondzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten een PGB vv toe te kennen voor vijfendertig minuten per week, omdat niet is gebleken waarom verzoekster niet zelfstandig haar tanden zou kunnen poetsen."*

- 5.3. Bij brief van 15 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling het volgende aangevoerd. Een verpleegkundige moet alert zijn en kennis hebben van medicatie. Het is echter aan de apotheker voorbehouden hierover informatie te verschaffen. Hiervoor mag deze ook een tarief in rekening brengen. In de onderhavige kwestie is tijd geïndiceerd voor het geven van adviezen over de juist medicatie en de (bij)werking hiervan. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom deze informatie opnieuw moet worden gegeven. Verder blijkt uit het zorgplan niet dat verzoekster fysiek niet in staat is de voorgeschreven medicatie in te nemen. Ook blijkt uit de stukken in het dossier niet dat eventuele andere opties zijn besproken om het (tijdig) innemen van medicatie te vergemakkelijken. Niet valt in te zien waarom hiervoor desalniettemin tijd is geïndiceerd in het kader van het PGB vv. Evenmin blijkt uit het zorgplan dat verzoekster fysiek niet in staat is zelfstandig te eten. Sterker nog, in de vragenlijst van het bewust keuze gesprek van 28 augustus 2017 is beschreven dat verzoekster zelf eet en drinkt. Het zorgplan beschrijft wel dat verzoekster depressief is waardoor hij vaak initiatiefloos en apathisch is. In dat geval is geen sprake van een geneeskundige context. Het gaat hier om een vorm van begeleiding, waarvoor geen PGB vv kan worden verstrekt op grond van de zorgverzekering.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de standpunten die in het nader commentaar zijn verwoord. Ter aanvulling is aangevoerd dat is besloten een PGB vv toe te kennen voor minder uren dan is geïndiceerd, omdat dan wel meer uren zijn geïndiceerd dan noodzakelijk, dan wel dat zorg is geïndiceerd die niet onder de Zvw valt. Voor 'oefenen en bewegen' is bijvoorbeeld een indicatie gesteld van vier uren en veertig minuten per week. Echter, verzoekster is onder behandeling van een fysiotherapeut en verder is zij in staat bepaalde oefeningen zelfstandig te doen. Voor zover hier al toezicht op moet worden gehouden, betreft dit geen zorg als verpleegkundigen die plegen te bieden. Desgevraagd is ter zitting bevestigd dat in de onderhavige situatie geen contact is opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige en de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv heeft plaatsgevonden aan de hand van de ingediende stukken en het huisbezoek bij verzoekster.

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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 verzoekster een PGB vv toe kennen op basis van negentien uren Persoonlijke Verzorging per week, althans minimaal achttien uren en veertig minuten Persoonlijke Verzorging per week, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 5 tot en met 54 van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 50 e.v. van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Welke zorg*

*U heeft recht op 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.*

*(...)*

*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](http://menzis.nl) vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.*

*(...)*

*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. (...)"*

- 8.4. Paragraaf 5 van het 'Verzekeringsreglement bij de Basisverzekering 2017' bepaalt onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv en 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 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.*

*(...)*

*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/pgbvv](http://menzis.nl/pgbvv). 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.*

*(...)*

*5.6 Voor zover in uw zorgbehoefte kan worden voorzien door de verlening van gebruikelijke zorg door uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, mag uw wijkverpleegkundige die gebruikelijke zorg niet meetellen bij het vaststellen van uw behoefte aan verpleging en verzorging als bedoeld in de artikelen 2.2 en 2.3. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven.*

*(...)*

5.9 Als Menzis uw volledig ingevulde aanvraagformulier heeft ontvangen, kan Menzis u vragen om uw aanvraag tijdens een persoonlijk gesprek toe te lichten. Dit gesprek wordt ook wel 'bewustekeuzegesprek' genoemd. Als uit uw volledig ingevulde aanvraagformulier al voldoende duidelijk blijkt dat u geen recht heeft op een Pgb, kan Menzis besluiten om af te zien van een bewustekeuzegesprek.

(...)

#### Artikel 6 Toekenningsverklaring

6.1 Als uit uw aanvraagformulier en het bewustekeuzegesprek 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.

(...)

#### Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb

9.4 Als u samen met uw wijkverpleegkundige een nieuw aanvraagformulier heeft ingevuld omdat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen of anderszins wezenlijk is gewijzigd en u dit formulier bij Menzis heeft ingediend, geldt dit als een verzoek tot onmiddellijke beëindiging van het lopende Pgb en als een verzoek tot toekenning van een nieuw Pgb op basis van het nieuwe aanvraagformulier. Uw lopende Pgb eindigt met ingang van de dag waarop Menzis uw nieuwe aanvraagformulier heeft ontvangen. De ingangsdatum van uw nieuwe toekenningsverklaring wordt bepaald door artikel 6.2.

(...)

- 8.5. De passage op pagina 50 e.v. van de zorgverzekering en het 'Verzekeringsreglement bij de Basisverzekering 2017' zijn volgens artikel A1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.  
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.  
Het PGB vv is geregeld in de artikel 13a Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

8.7. 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. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Verzekeringsreglement bij de Basisverzekering 2017'. Tevens is niet in geschil dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden die in artikel 3 van genoemd reglement zijn gesteld. Ten behoeve van verzoekster is een PGB vv aangevraagd op basis van twintig uren en vijf minuten Persoonlijke Verzorging per week. Door de ziektekostenverzekeraar is een PGB vv toegekend op basis van negen uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar mocht afwijken van de aanvraag en het zorgplan en de daarin vermelde indicatie die is gesteld door een verpleegkundige. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

9.2. Op pagina 50 e.v. van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op verpleging en verzorging. Uit de betreffende passage volgt onder andere dat het om zorg moet gaan zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg, medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop.  
De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de zorg die is geïndiceerd als 'medicatie - informeren' geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en dat het geven van informatie over medicatie de taak is van de apotheek. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de zorg die is geïndiceerd als 'medicatie - toedienen', 'medicatie bestellen' en 'voeding, beleid/balans - stimuleren van voeding' vormen van begeleiding betreffen en dat begeleiding niet onder de Zvw valt.  
In het advies van het Zorginstituut van 3 oktober 2018 concludeert het Zorginstituut dat het verstrekken van informatie over de werking van medicatie en het bestellen van medicatie geen zorghandelingen zijn die zijn aan te merken als verpleging en verzorging in de zin van de Zvw. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden voor deze zorghandelingen een PGB vv toe te kennen.

9.3. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name ten aanzien van de noodzaak van het op gezette tijden innemen van voeding in verband met haar depressieve klachten, maakt de uitkomst niet anders. Persoonlijke Verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, in verband met een psychische aandoening zoals depressiviteit, is geregeld via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zo ook het stimuleren van verzoekster om driemaal daags een maaltijd tot zich te nemen. Indien verzoekster hiervoor een PGB wenst te ontvangen, kan zij hiervoor een aanvraag doen bij de gemeente, als uitvoerder van de Wmo.

9.4. Ten aanzien van de overige zorghandelingen die zijn geïndiceerd, te weten hulp bij huidzorg, hulp bij het baden, hulp bij het wassen en kleden, hulp bij het aan- en uittrekken van het corset, hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen en steunmouwen, en hulp bij mondzorg, overweegt de commissie het volgende.

Uit de toelichting bij artikel 2.10 Bzv volgt dat het aan de verpleegkundige is om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de verzekerde naar aard, inhoud en omvang te bepalen. Dit wil zeggen dat de verpleegkundige een verpleegkundige diagnose kan stellen en bepaalt welke verpleegkundige/verzorgende handelingen moeten worden verricht en hoeveel de verzekerde zelf nog kan. De commissie begrijpt de toelichting aldus dat het stellen van een indicatie voor verpleging en verzorging is voorbehouden aan de (indicerend) verpleegkundige. Dit houdt tevens in dat de ziektekostenverzekeraar niet van de gestelde indicatie mag afwijken, tenzij blijkt dat zorg is geïndiceerd die niet is aan te merken als verpleging en verzorging, dan wel dat de indicatie niet is gesteld conform hetgeen is bepaald in het 'Verzekeringsreglement bij de basisverzekering 2017', of dat de zorg niet als doelmatig is aan te merken. In artikel 5 van genoemd reglement zijn nadere eisen gesteld aan de verpleegkundige die de indicatie stelt en staat dat de verpleegkundige zich bij het stellen van de betreffende indicatie moet houden aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. De commissie overweegt dat is gesteld noch gebleken dat niet aan de voorwaarden van artikel 5 van het Verzekeringsreglement is voldaan. Overigens geldt dat voor zover de ziektekostenverzekeraar al van mening was dat de verpleegkundige de indicatie niet conform de gestelde normen heeft gesteld het op zijn weg had gelegen hierover contact op te nemen met de indicerende verpleegkundige. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar echter nagelaten. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat het de ziektekostenverzekeraar niet is toegestaan van de gestelde indicatie af te wijken, voor zover het de hiervoor genoemde zorghandelingen betreft.

9.5. Hetgeen overigens door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, met name dat 'wassen' dubbel is geïndiceerd, omdat dit zowel valt onder hulp bij het baden als onder hulp bij het wassen en het aan- en uitkleden, maakt het voorgaande niet anders. De commissie overweegt dienaangaande dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft onderbouwd waarom geen tijd mag worden geïndiceerd voor het 'wassen' naast de zorg die is geïndiceerd als hulp bij het baden, temeer nu verzoekster heeft toegelicht dat het baden ook een ander doel heeft dan enkel hygiëne, namelijk het verlichten van de klachten als gevolg van fibromyalgie. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar niet onderbouwd dat voor hulp bij aan- en uitkleden, voor welke zorghandeling door de ziektekostenverzekeraar een PGB vv is toegekend, slechts één uur en tien minuten is geïndiceerd.

9.6. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden een PGB vv aan verzoekster toe te kennen voor de zorghandelingen die zijn benoemd als 'medicatie - informeren', 'medicatie - toedienen', 'medicatie coördinatie/bestelling' en 'voeding, beleid/balans - stimuleren van voeding'. Voor de betreffende zorghandelingen is respectievelijk één uur en tien minuten, één uur en tien minuten, vijftien minuten en één uur en tien minuten geïndiceerd, of wel totaal drie uren en vijfenveertig minuten per week.

Voor de overige zorghandelingen die zijn geïndiceerd dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster wel een PGB vv toe te kennen, waarbij de gestelde indicatie dient te worden gevolgd. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster met ingang van 9 augustus 2017 een PGB vv toe te kennen voor zestien uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week (= twintig uren en vijf minuten minus drie uren en vijfenveertig minuten).

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het resterende deel van het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

### Conclusie

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen is overwogen onder punt 9.6. Hetgeen meer of anders is gevorderd wordt afgewezen.



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

Zeist, 28 december 2018,



L. Ritzema

