



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, toiletbezoek
Zaaknummer : 201502431
Zittingsdatum : 8 juni 2016

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

 Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 31 maart 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 juni 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 11 november 2015 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

 3.4. Bij brief van 8 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 april 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 april 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 18 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 3 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016051115) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de aandoeningen en beperkingen van verzoeker. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 mei 2016 aan partijen gezonden. De zorgverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 juni 2016 verklaard dat het hem niet duidelijk is waarnaar hij onderzoek dient te doen en op welke wijze dit onderzoek dient te worden uitgevoerd.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 8 juni 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 21 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld alsnog een PGB vv toe te kennen voor de periode van 12 juli 2016 tot en met 31 december 2016. Verzoeker heeft op 15 augustus 2016 telefonisch verklaard dat hiermee het geschil is opgelost.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft negentien jaar geleden een beroerte gehad, waardoor hij rechtszijdig verlamd raakte. Hij heeft hulp nodig bij het wassen, douchen, aankleden, het aanreiken van medicatie en het toedienen van insuline-injecties. Ook heeft hij hulp nodig bij de toiletgang. De zorg wordt aan hem verleend door zijn echtgenote, en sinds 2008 ontvangt hij hiervoor een PGB vv. Op 29 september 2015 heeft verzoeker zijn heup gebroken, zodat de aan hem te verlenen zorg intensiever is geworden. In verband hiermee komen medewerkers van de wijkverpleging bij verzoeker langs, die hem wassen en aankleden. De overige zorg moet echter worden verleend door zijn echtgenote.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om een herziening van het PGB vv, welk verzoek telkens werd afgewezen. Verzoeker beschikt alleen over informatie van de huisarts, want met de artsen die hij in het verleden heeft gezien, heeft hij geen contact meer. Aan één kant is verzoeker verlamd geraakt, ook inwendig. Ook in de hersenen is er iets veranderd. Vroeger kon hij nog lopen, maar nu niet meer. Het naar het toilet lopen gaat dus niet. Het huis is aangepast, maar verzoeker heeft nog wel iemand nodig. Zijn echtgenote kan hem hierbij goed helpen.
- 4.3. Verzoeker heeft op 15 augustus 2016 telefonisch verklaard dat bij hem een wijkverpleegkundige is langsgekomen, die een zorgplan heeft opgesteld, dat naar de zorgverzekeraar is gestuurd. Met de akkoordverklaring van de zorgverzekeraar voor de periode van 12 juli 2016 tot en met 31 december 2016 is het geschil opgelost.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering biedt de mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv indien de verzekerde:
- vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
 - zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - een noodzaak bestaat voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.2. Verzoeker heeft hulp nodig bij het wassen, douchen, aankleden, het aanreiken van de medicatie en het toedienen van insuline-injecties. Deze zorg is goed in te plannen. Verzoeker heeft verder toegelicht niet zelfstandig naar het toilet te kunnen. Een en ander is echter niet door een medisch deskundige onderbouwd. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het erom draait dat niet is vastgesteld door een medisch deskundige dat de door verzoeker genoemde problematiek speelt. De toelichting van de wijkverpleegkundige ontbreekt. Er is daarom geen objectieve informatie om vast te stellen dat dit aan de orde is.
- 5.4. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 21 juli 2016 aan verzoeker medegedeeld alsnog een PGB vv toe te kennen voor de periode van 12 juli 2016 tot en met 31 december 2016.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.
8. Beoordeling van het geschil
- 8.1. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar bij brief van 21 juli 2016 alsnog een akkoordverklaring heeft gegeven aan verzoeker voor het PGB vv met betrekking tot de periode van 12 juli 2016 tot en met 31 december 2016. Verzoeker heeft op 15 augustus 2016 telefonisch verklaard dat hiermee het geschil is opgelost.
- 8.2. Aangezien het geschil lopende de procedure bij de commissie is opgelost, is de zorgverzekeraar gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
9. Het bindend advies
- 9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is overwogen vast.
- 9.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 31 augustus 2016,

P.J.J. Vonk