



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, vertegenwoordigd door IAK Volmacht
B.V. te Eindhoven

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201600151

Zittingsdatum : 6 juli 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door IAK Volmacht B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (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 Zorg Uitstekend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 brieven van 19 mei 2015 en 2 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 15 januari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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 30 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 april 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 april 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.

3.8. Bij brief van 14 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 29 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016049544) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat de door verzoekster aangegeven toenemende zorgbehoefte op wisselende en daardoor slecht planbare momenten passend is bij (het stadium van) de aandoening en daarmee voldoende is onderbouwd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.9. Bij e-mailbericht van 29 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld alsnog over te gaan tot toekenning van het PGB vv en vergoeding van het betaalde entreegeld van € 37,--.

De commissie heeft verzoekster bij brief van 30 juni 2016 gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft de commissie, in antwoord hierop, bij e-mailbericht van 1 juli 2016 verzocht de behandeling pro forma aan te houden. In reactie hierop heeft de commissie verzoekster bij e-mailbericht van 5 juli 2016 medegedeeld geen reden te zien voor aanhouding en dat zij ervoor kan kiezen het verzoek in te trekken dan wel de procedure voort te zetten. Bij e-mailbericht van 6 juli 2016 heeft verzoekster de commissie opnieuw verzocht om aanhouding. Dit verzoek is niet ingewilligd, aangezien kan worden beslist op het verzoek dat aan de commissie is voorgelegd, zodat het verder aanhouden van de behandeling strijdig is met een goede procesorde.

3.10. Op 6 juli 2016 is getracht de gemachtigde van verzoekster telefonisch te bereiken in verband met de hoorzitting. Een medewerker van het kantoor - die niet bereid was zijn naam te noemen - deelde mede dat de gemachtigde niet beschikbaar was, waarmee de mogelijkheid tot het geven van een mondelinge toelichting is vervallen. Uitsluitend de ziektekostenverzekeraar is hierop telefonisch gehoord. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan de gemachtigde van verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft regelmatig last van absences die worden veroorzaakt door bloeddrukschommelingen. Bovendien hoort en ziet zij slecht (convergentiezwakte), hetgeen de kans op vallen vergroot. Haar motoriek is zo slecht dat zij bijna niet meer kan lopen, maar ook bijvoorbeeld niet meer kan schrijven of spullen kan oprapen van de vloer, en zij ook steeds moeilijker zelf kan eten. De echtgenoot van verzoekster is al op leeftijd, en kan haar daarom niet goed ondersteunen. Hij kan haar voorts niet optillen als zij is gevallen. Ook kan hij haar niet helpen naar het toilet. Dit doet zij daarom nog zelf, met grote risico's. Vanwege de kans op vallen, springen de huishoudelijke hulp en de kinderen steeds vaker bij. In juni 2015 heeft de echtgenoot van verzoekster twee keer 's nachts een zorgverlener moeten bellen omdat verzoekster was gevallen. Ook overdag is dit een aantal keer gebeurd. Verder is de echtgenoot van verzoekster samen met één van de kinderen 's nachts een keer naar het ziekenhuis geweest, omdat verzoekster een heel vreemde motoriek had en erg afwezig was.

Verzoekster en haar echtgenoot willen liefst zelfstandig blijven wonen, en zij hebben graag de regie over de zorg. De ervaringen met de reguliere zorg zijn slecht, mede in verband met de grootschalige opzet hiervan. De zorg bleek op de geplande tijden niet uitvoerbaar te zijn, en regelmatig moest verzoekster een paar uur wachten op hulp. Ook kreeg zij bijna iedere dag met iemand anders te maken. Het is belangrijk dat bijvoorbeeld de ochtendhulp op tijd komt, want dan vinden de meeste bloeddrukschommelingen plaats. Ook willen verzoekster en haar echtgenoot blijven deelnemen aan het sociale leven. Dat kan alleen als de zorgverleners zich aan de afgesproken tijden houden en als het mogelijk is afspraken te maken op de korte termijn. Een zorginkoop op kleine schaal biedt deze mogelijkheden. De goed georganiseerde zorg die verzoekster nu gewend is, en de mogelijkheid deze 24 uur per dag op te roepen, geven verzoekster de rust en regelmaat die zij nodig heeft om het leven te kunnen overzien.

Veel situaties worden opgelost door de huishoudelijke hulp, als zij aanwezig is. Zij is betrokken, maar is geen verpleegster. Beschikbaarheid van 24-uurs zorg zal ook voor haar steeds meer nodig zijn. De kinderen van verzoekster kunnen door hun werk niet altijd direct komen, en zouden zich permanent zorgen maken als er geen oproepbare hulp is.

- 4.2. In reactie op het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 29 juni 2016, heeft verzoekster de commissie bij e-mailbericht van 1 juli 2016 geantwoord dat de mededeling van de ziektekostenverzekeraar juridisch onvoldoende is, aangezien het geen overeenkomst betreft tussen partijen. Zij wenst daarom zelf een vaststellingsovereenkomst op te stellen, die vervolgens door de ziektekostenverzekeraar dient te worden ondertekend.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De eerste aanvraag voor het PGB vv is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op de grond dat niet alle vragen op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' waren ingevuld. Vervolgens is een nieuwe aanvraag ontvangen, die is afgewezen op de grond dat sprake is van planbare zorg. Dit is gebleken uit de planning die is meegezonden. Voor planbare zorg is het niet mogelijk een PGB vv toe te kennen. Een en ander volgt uit het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar raadt verzoekster aan de zorg in natura te regelen. Zij ontvangt dan zorg van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De wijkverpleegkundige kan haar helpen om via de reguliere zorgaanbieders de juiste zorg te krijgen.
- 5.2. Op 16 december 2014 heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg een brief gezonden aan verzoekster. In deze brief wordt haar medegedeeld dat eerdere indicatiebesluiten hiermee vervallen. Dit nieuwe indicatiebesluit heeft een begindatum van 16 december 2014 en een einddatum van 15 juni 2015. Verzoekster had derhalve recht op het PGB vv onder de overgangsregeling tot en met 15 juni 2015.
- 5.3. Bij e-mailbericht van 29 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld alsnog over te gaan tot toekenning van het PGB vv, indien verzoekster hiervoor kiest. Zij kan ook kiezen voor zorg in natura. Het betaalde entreegeld van € 37,-- zal door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster worden vergoed.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat aan het verzoek wordt tegemoet gekomen. Verzoekster lijkt het niet eens te zijn met de wijze waarop de procedure verder verloopt, maar hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar geen bemoeienis.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 19 van onderdeel 'I Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering en artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.



8. Beoordeling van het geschil



- 8.1. De commissie constateert dat verzoekster oorspronkelijk heeft verzocht dat haar alsnog het PGB vv wordt toegekend. Hoewel zij voor de keuze is gesteld, heeft zij dit verzoek niet ingetrokken of lopende de procedure gewijzigd. De commissie kan hier derhalve op beslissen, en stelt in dat verband vast dat de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 29 juni 2016 volledig aan het verzoek is tegemoet gekomen. Ook het betaalde entreegeld van € 37,-- zal door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster worden vergoed. Gelet op het voorgaande bestaat tussen partijen thans geen geschil meer.



9. Het bindend advies

- 9.1. De commissie stelt vast dat volledig aan het verzoek is tegemoet gekomen, zodat tussen partijen thans geen geschil meer bestaat.



Zeist, 21 juli 2016,



H.A.J. Kroon

