



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), ingangsdatum, indicatie
Zaaknummer : 201700721
Zittingsdatum : 28 november 2018

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

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

1. Partijen

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

tegen

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

2. Het verdere verloop van het geding

2.1. De commissie verwijst voor de verzekeringssituatie, de bestreden beslissing, het verloop van het geding, de relevante wet- en regelgeving en de standpunten en conclusies van partijen naar de tussenuitspraak van 25 juli 2018.

2.2. In bedoelde tussenuitspraak heeft de commissie vastgesteld dat verzoekster recht heeft op een PGB vv met betrekking tot de periode van 23 september 2016 tot en met 31 december 2017. Volgens de ingediende aanvraag bestond destijds een indicatie voor twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week, doch dit aantal is door de ziektekostenverzekeraar – in overleg met de indicierend verpleegkundige – verlaagd tot vijf uren en vijftien minuten per week. Nadat de commissie had vastgesteld dat deze verlaging had plaatsgevonden op basis van een onjuiste argumentatie - te weten dat het bij het 'zelfzorgtekort toiletgang' en het 'zelfzorgtekort medicatie' per definitie niet gaat om zorg die ten laste van de zorgverzekering komt -, terwijl van de zijde van verzoekster een onderbouwde aanvraag en een zorgplan ontbraken, heeft zij de ziektekostenverzekeraar bij tussenuitspraak opgedragen om in overleg te treden met verzoekster of haar vertegenwoordiger en de met de indicatiestelling belaste verpleegkundige, teneinde te komen tot een herziene indicatiestelling en een daarbij behorend zorgplan, rekening houdend met het 'zelfzorgtekort toiletgang' en het 'zelfzorgtekort medicatie'. Binnen de in dat kader door de commissie gestelde termijn heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd.

2.3. Een afschrift van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.

2.4. Partijen zijn vervolgens in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld af te zien van horen. Verzoekster heeft - ondanks herhaald verzoek - geen reactie gestuurd.

2.5. Verzoekster is uitgenodigd om aan de hoorzitting op 28 november 2018 deel te nemen. Zij is zonder tegenbericht niet verschenen.

2.6. Bij brief van 28 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de na ontvangst van het voorlopig advies ontvangen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies.

Bij brief van 10 december 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie definitief advies uitgebracht. Uit dit advies volgt dat het Zorginstituut haar stelling uit het voorlopig advies handhaaft, namelijk dat de geïndiceerde zorg 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' kan zijn. De zorg kan onder de Zvw vallen indien in de situatie van verzoekster sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Door partijen is onvoldoende informatie gegeven om vast te stellen of dit laatste in de situatie van verzoekster aan de orde is. Voorts acht het Zorginstituut de onderbouwing ten aanzien van de aanpassing van de indicatie nog steeds minimaal. Uit de aanvullende informatie blijkt echter dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met deze aanpassing. Om die reden komt het Zorginstituut tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

Een afschrift van het definitief advies is bij brief van 13 december 2018 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

3.1. Verzoekster wijst naar de reeds ingenomen standpunten en komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

4. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

4.1. Bij brief van 6 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar op de tussenuitspraak van de commissie gereageerd. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het niet mogelijk is een indicatie met terugwerkende kracht te stellen, met andere woorden dat het niet mogelijk is in augustus 2018 te bepalen hoe de gesteldheid van verzoekster in februari 2017 was. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige, waarvan een gespreksverslag is overgelegd.


4.2. Uit het betreffende gespreksverslag volgt dat de indicierend wijkverpleegkundige op 15 maart 2017 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat de zorg die is geïndiceerd als 'zelfzorgtekort toiletgang' en 'zelfzorgtekort medicatie' geen zorg vormt die ten laste komt van de zorgverzekering. Verder volgt uit het gesprek dat destijds meerdere mantelzorgers aanwezig waren in het huis van verzoekster en deze bijvoorbeeld de medicatie aan verzoekster konden aanreiken. Daarnaast gebruikte verzoekster destijds incontinentiemateriaal en was het niet duidelijk waarom verzoekster dit zelf niet kon verwisselen. Overigens heeft de indicierend wijkverpleegkundige verklaard dat hij geen aantekeningen heeft bewaard van de gesprekken die destijds zijn gevoerd en dat hij zich geen verdere details kan herinneren.


4.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

5. De bevoegdheid van de commissie





5.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2015-2017) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

 6. Het geschil

-  6.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster over de periode van 23 september 2016 tot en met 31 december 2017 een PGB vv toe te kennen voor twaalf uren en vijftien minuten Persoonlijke Verzorging per week, op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.


 7. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


-  7.1. Gelet op de verklaring van de ziektekostenverzekeraar - en het uitblijven van een reactie hierop van verzoekster - ziet de commissie zich thans er voor gesteld een bindend advies uit te brengen op basis van de in het dossier aanwezige 'historische' gegevens.
-  7.2. Voor zover de aanvraag voor het PGB vv verband houdt met het 'zelfzorgtekort toiletgang' constateert de commissie dat verzoekster volgens opgave van de indicierend verpleegkundige destijds gebruik maakte van incontinentiemateriaal. Onduidelijk was waarom zij niet in staat zou zijn dit zelf te verwisselen, dan wel waarom het incontinentiemateriaal in haar situatie niet toereikend was. Zoals in eerdere bindende adviezen is overwogen, dient – alvorens de mogelijkheid van een PGB vv in beeld komt – te worden onderzocht of wellicht andere oplossingen voor het zelfzorgtekort zijn aangewezen, waarbij in dit geval met name kan worden gedacht aan het gebruik van (ander) incontinentiemateriaal. Aangezien een behoorlijke onderbouwing ontbreekt van het aantal uren dat is geïndiceerd en evenmin duidelijk is geworden waarom het gebruik van (ander) incontinentiemateriaal in de situatie van verzoekster niet voldoet, dient het verzoek wat betreft het onderdeel 'zelfzorgtekort toiletgang' te worden afgewezen.
-  7.3. Voor zover het gevraagde PGB vv verband houdt met het 'zelfzorgtekort medicatie' stelt de commissie vast dat verzoekster een groot aantal geneesmiddelen gebruikt. Volgens een overzicht in het dossier gaat het om meer dan tien geneesmiddelen die dagelijks moeten worden gebruikt met een uiteenlopende frequentie (een-, twee- of driemaal daags). Verzoekster heeft diverse aandoeningen (emfyseem, COPD, diabetes mellitus type 2, osteoporose, anemie en incontinentie van urine). Zij is vergeetachtig en slechthorend. Door haar ziektebeeld is verzoekster beperkt in haar zelfredzaamheid en mobiliteit. Zij heeft pijnklachten aan heupen en knieën, benauwdheidsklachten, astma-aanvallen en vermoeidheidsklachten. Ook vergeet zij haar medicatie in te nemen.
-  7.4. Door de ziektekostenverzekeraar is onder andere aangevoerd dat in de woning van verzoekster meerdere (klein)kinderen verblijven en dat zij verzoekster zouden kunnen helpen bij de medicatie inname. Deze hulp valt volgens de ziektekostenverzekeraar onder de gebruikelijke zorg en kan om die reden niet worden gefinancierd met een PGB vv. De commissie overweegt ten aanzien hiervan dat uit het dossier onvoldoende duidelijk is of inderdaad sprake is van mantelzorgers en zo ja, voor welk deel van de tijd zij voor het daadwerkelijk verlenen van zorg beschikbaar zijn. Het argument van de ziektekostenverzekeraar wordt om die reden gepasseerd. Wel moet de commissie ook ten aanzien van het 'zelfzorgtekort medicatie' constateren dat een behoorlijke onderbouwing ontbreekt, zowel waar het gaat om de (on)mogelijkheid van het inzetten van een hulpmiddel – gegeven het cognitieve vermogen van verzoekster, dat blijkbaar intact is, valt te denken aan een doosje waarin de medicijnen zijn gesorteerd naar dag en tijdstip van inname – als om de onderbouwing van het aantal geïndiceerde uren. Het is om deze redenen dat het verzoek ook wat betreft het onderdeel 'zelfzorgtekort medicatie' wordt afgewezen.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 7.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond hiervan kan worden toegewezen.


Conclusie

- 
- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.




8. Het bindend advies

- 
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 9 januari 2019,



G.R.J. de Groot