

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, dialyse, stroomkosten thuisdialyse (CAPD)
Zaaknummer : 2010.00602
Zittingsdatum : 22 september 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, en 2.6 en 2.36, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

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

tegen

1) C

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 15 januari 2010 het verzoek tot vergoeding van de stroomkosten in verband met thuisdiagnose (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te honoreren.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 ComfortPluspolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Compleet is niet in het geding en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 15 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt gehonoreerd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 17 juni 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 augustus 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 8 respectievelijk 12 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 5 augustus 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010100763) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag wat in casu de redelijk te achten kosten zijn die samenhangen met de thuisdialyse.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 september 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster claimt vergoeding van de stroomkosten ad € 1.501,07, gemaakt tussen 9 januari 2008 en 2 mei 2009. Deze kosten houden volgens haar verband met thuisdialyse, hetgeen haar ook is bevestigd door de energieleverancier.
De door de ziektekostenverzekeraar berekende vergoeding is niet toereikend en bovendien onjuist. De voorziening om de vloeistof op te warmen moet, overeenkomstig het advies van de leverancier, gedurende 24 uur zijn aangesloten, terwijl de prijs van stroom € 0,25 per kWh bedraagt. De tas verbruikt 65 Watt, hetgeen leidt tot de volgende berekening:
 $24 \text{ uur} \times 65 \text{ Watt} = 1.560 \text{ kWh}$. Zeven dagen $\times 1.560 \text{ kWh} \times € 0,25 = € 2,73$ per week.
Uitgaande van deze berekening is het verschil $€ 2,73 - € 1,04 = € 1,69$.
Dialyse in het ziekenhuis kost meer dan € 50.000,-- per jaar. Thuisdialyse is voor de ziektekostenverzekeraar een aanzienlijk goedkoper alternatief. Van belang is voorts dat de gehanteerde dagvergoeding niet alleen betrekking heeft op stroomkosten, maar ook op andere kosten. Er zijn veel kosten gemaakt die niet door de dagvergoeding worden gedekt. Daarnaast moet veel tijd worden geïnvesteerd.
- 4.2. Verzoekster beroept zich voorts op een telefonisch onderhoud, waarbij de indruk werd gewekt dat de stroomkosten vergoed zouden worden. Zij weet echter niet meer wanneer dit gesprek heeft plaatsgevonden en met wie zij toen heeft gesproken.
- 4.3. Aangezien verzoekster eerst met ingang van 1 januari 2009 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, vraagt zij of er een mogelijkheid is ook de vóór die datum gemaakte kosten in de beslissing mee te nemen. De betrokken ziektekostenverzekeraars zouden deze kosten dan onderling kunnen verrekenen.

4.4. Door verzoekster is een verklaring van de behandelend nefroloog van 15 juni 2010 overgelegd, waarin deze verzoekt de energiekosten van de warmtetas te vergoeden.

4.5. 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 stelt zich op het standpunt dat voor CAPD een dagvergoeding van € 3,56 van toepassing is. Deze is gebaseerd op artikel 2.36 Rzv, de verzekeringsvoorwaarden en de Regeling tegemoetkomingskosten thuisdialyse, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland in samenwerking met het Landelijk Orgaan Thuisdialyse. Over de periode van 1 januari tot en met 31 maart 2009 heeft verzoekster een vergoeding ontvangen van € 320,40, en over het tijdvak van 1 april tot en met 18 juni 2009 een vergoeding van € 284,80. Vanaf 19 juni 2009 is verzoekster overgegaan naar hemodialyse en is de dagvergoeding stopgezet. De dagvergoeding dient ter dekking van alle onkosten. Het betreft een forfaitair bedrag. Als de werkelijke kosten hoger zijn, blijven die voor rekening van de verzekerde, tenzij sprake is van een onbillijkheid. Dit blijft evenwel ter beoordeling van de verzekeraar.

5.2. Afgezien van het voorgaande merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat de extra stroomkosten mede betrekking hebben op het jaar 2008, en dat niet vast staat dat deze uitsluitend zijn ontstaan door het gebruik van dialyseapparatuur.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 verzoekster aanspraak heeft op een hogere vergoeding vanwege de door haar in verband met thuisdialyse gemaakte stroomkosten 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. Artikel 2 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat. Onder j is de aanspraak op dialyse omschreven. De bepaling luidt als volgt:

"Omschrijving:

aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse, alsmede de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg, verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Zorgverlening:

ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of dialysecentrum.

Prestatie:

vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Machtiging:

ja, vooraf uitsluitend voor thuisdialyse en woningaanpassingen.

Bijzonderheden:

tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- de vergoeding van kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;*
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;*
- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in oorspronkelijke staat, voor zover [de ziektekostenverzekeraar] die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;*
- vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover [de ziektekostenverzekeraar] die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;*
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse."*

Artikel 8 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering ziet op hulpmiddelen. In de bepaling wordt verwezen naar het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. Artikel 5.32 van dit reglement luidt als volgt:

"Thuisdialyse-apparatuur en toebehoren

De verzekerde zorg omvat de thuisdialyse-apparatuur (voor hemodialyse en peritonaal dialyse) alsmede regelmatige controle en onderhoud en de chemicaliën en vloeistoffen voor het verrichten van de dialyse, overige gebruiksartikelen, kosten woningaanpassing en herstel en overige redelijk te achten kosten voorzover niet elders wettelijk geregeld,

- de dialyseapparatuur wordt verstrekt in bruikleen;*
- voor dit hulpmiddel is voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig;*
- de aanvraag moet worden ingediend door de behandelend specialist."*

- 8.3. De artikelen 2 en 8 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 lid 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op

prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is geregeld in artikel 2.4, hulpmiddelenzorg in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv, waarbij artikel 2.36 ziet op thuisdialyse-apparatuur.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1 De commissie stelt allereerst vast dat het onderhavige geschil slechts betrekking kan hebben op de situatie in het jaar 2009. Over de vergoeding in 2008, die verzoekster eveneens in de procedure wenst te betrekken, zal de commissie in dit verband geen uitspraak (kunnen) doen, omdat verzoekster toen was verzekerd bij een ziektekostenverzekeraar die geen partij is in het onderhavige geschil.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2 In de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement Hulpmiddelen en de onderliggende regelgeving is de mogelijkheid van vergoeding van overige kosten opgenomen voor zover deze redelijk zijn te achten en deze kosten rechtstreeks samenhangen met de thuisdialyse.
- 9.3 In de situatie van verzoekster was tot en met 18 juni 2009 sprake van CAPD, zoals blijkt uit de verklaring van de behandelend nefroloog.
De door de ziektekostenverzekeraar, aan de hand van de Regeling tegemoetkomingskosten thuisdialyse, bepaalde forfaitaire vergoeding voor de overige kosten bij CAPD bestaat uit een aantal componenten waaronder de kosten van elektriciteit ad € 1,04 per week. Voor de berekening van dit bedrag is uitgegaan van een gemiddelde prijs per kWh van € 0,22. Het verbruik van de warmhoudtas is bepaald op 60 Watt per uur. Het aantal wisselingen op 4,5 per dag. Deze gemiddelde waarden komen de commissie alleszins redelijk voor.
Op het punt van de benodigde opwarmtijd voor een zak van twee liter CAPD vloeistof lopen de berekeningen van partijen sterk uiteen. De ziektekostenverzekeraar hanteert hiervoor 2,5 uur per wisseling; verzoeker gaat uit van 24 uur per dag. Dit laatste lijkt niet noodzakelijk. Uit informatie van een leverancier van warmhoudtassen blijkt dat de indicatieve opwarmtijd voor een tweeliter zak één, en voor een drieliter zak 1,5 uur bedraagt. Bij een gemiddeld aantal van 4,5 wisselingen per dag en een opwarmtijd van 2,5 uur is de uitkomst 11,25 uur per dag. Verzoeker noemt in zijn correspondentie in dit kader ook een elektriciteitsverbruik gedurende negen uur per dag, doch dit aantal uren ziet op de cyclus die wordt gebruikt bij CCPD.
Nu de forfaitaire vergoeding aldus redelijk is vastgesteld, behoeft de vraag of de gedeclareerde stroomkosten ad € 1.501,07 al dan niet rechtstreeks verband houden met de thuisdialyse niet te worden beantwoord.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4 In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoeding opgenomen voor kosten die verband houden met thuisdialyse, zodat bespreking

daarvan achterwege kan blijven.

Telefonische toezegging

- 9.5 Verzoekster maakt in haar correspondentie melding van een telefoongesprek waaruit zij heeft opgemaakt dat de stroomkosten zouden worden vergoed. Zij weet echter niet meer wanneer dit gesprek heeft plaatsgevonden en met wie zij heeft gesproken. Voor zover verzoekster heeft willen stellen dat tijdens de ziektekostenverzekeraar een toezegging is gedaan, kan dit niet leiden tot een andere uitkomst. Verzoekster verklaart immers zelf met betrekking tot het gesprek: "Hij kon het natuurlijk niet toezeggen maar hij kon mij wel geruststellen."

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 oktober 2010,

Voorzitter