



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten
Zaak : Hulpmiddelenzorg, systeem vergoeden katheters, doelmatigheid
Zaaknummer : 201602487
Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.11 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Tandfit module B afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft op MijnONVZ gezien dat bij de ziektekostenverzekeraar bedragen van € 67,33, € 260,91, € 252,49 en € 185,24 zijn gedeclareerd ter zake van afgeleverde katheters. Bij e-mailbericht van 7 augustus 2016 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht uitleg te geven over deze gedeclareerde kosten. Bij e-mailbericht van 10 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het vergoedingensysteem ter zake van katheters met ingang van 1 januari 2016 is gewijzigd.
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht het vanaf 1 januari 2016 gehanteerde vergoedingensysteem ter zake van katheters aan te passen. Bij e-mailbericht van 6 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.3. Bij brief van 23 november 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 12 december 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ook na 1 januari 2016 het oude systeem van vergoeden van katheters te hanteren (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 februari 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
-  3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
-  3.9. 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.
-  3.10. Verzoeker is op 22 maart 2017 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker gebruikt al geruime tijd Coloplast katheters gebruikt die worden geleverd via een leverancier. De kosten voor deze katheters zijn al jaren € 504,-- voor zes dozen van dertig stuks of € 350,-- voor vier dozen van dertig stuks. De laatste tijd heeft verzoeker er voor gekozen sommige katheters te hergebruiken waardoor het aantal wat is teruggelopen.
-  4.2. Met ingang van 1 januari 2016 is de ziektekostenverzekeraar ter zake van de katheters een ander vergoedingensysteem gaan hanteren. Het aantal geleverde katheters is niet langer bepalend voor de hoogte van de declaratie, maar het aantal dagen dat de verzekerde als gebruiker te boek staat. Aangezien verzoeker zuinig is in gebruik, moet hij vanaf 1 januari 2016 bijna het dubbele betalen voor hetzelfde aantal katheters. Waar verzoeker, zoals reeds opgemerkt, voorheen voor vier dozen van dertig stuks € 350,-- moest betalen, zijn nu voor hetzelfde aantal deelbedragen van € 67,33, € 260,91, € 252,49 en € 185,24 (totaal € 765,97) in rekening gebracht. Aangezien dit meer dan het dubbele is, kan verzoeker niet begrijpen dat het thans gehanteerde systeem voor de ziektekostenverzekeraar goedkoper is.
-  4.3. Verder wenst verzoeker op te merken dat de wijziging van het vergoedingensysteem nimmer aan hem kenbaar is gemaakt. Noch door de ziektekostenverzekeraar noch door de leverancier is aan verzoeker uitleg gegeven over de gerealiseerde aanpassing. Verzoeker kan zich voorstellen dat voor verzekerden die hebben gekozen voor een hoog vrijwillig eigen risico deze wijziging grote problemen met zich brengt.
-  4.4. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij via MijnONVZ er achter is gekomen dat hij was ingedeeld in een categorie. Verzoeker is dan ook hij nimmer door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd over de wijziging van het vergoedingensysteem. Voor andere verzekerden met bijvoorbeeld een hoog vrijwillig eigen risico kan de wijziging grote gevolgen hebben.
-  4.5. Verzoeker 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 dat hij in het kader van de doelmatigheid heeft besloten om het vergoedingensysteem van katheters met ingang van 1 januari 2016 te wijzigen. In het geval van verzoeker heeft de zorgaanbieder, na een intakegesprek, bepaald dat verzoeker in 2016 valt in gebruikerscategorie drie. Dit betekent dat de zorgaanbieder per dag € 8,42 mag declareren ter zake van de katheters voor verzoeker. De betreffende zorgaanbieder mag dan zelf bepalen hoeveel katheters er voor deze prijs worden geleverd, maar de vergoeding bedraagt nooit meer dan € 8,42 per dag.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft het vergoedingensysteem aangepast in het kader van kostenbesparing. In het verleden declareerden de zorgaanbieders het aantal stuks dat zij leverden. Door de zorgaanbieders voor een dagprijs te contracteren, is de ziektekostenverzekeraar onderaan de streep goedkoper uit. Indien verzoeker meent dat hij niet genoeg heeft aan het aantal katheters dat maximaal kan worden geleverd voor gebruikerscategorie drie, dan kan hij zijn zorgaanbieder om een nieuw intakegesprek vragen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' 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 is gehouden met betrekking tot de katheters ook na 1 januari 2016 het oude vergoedingensysteem te hanteren.

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. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van ONVZ. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt ONVZ een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen van ONVZ zijn de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/ polisvoorwaarden.

lid 2 Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van ONVZ vereist. Daarbij kan ONVZ nadere voorwaarden stellen.

(...)

lid 4 ONVZ vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig luxe uitgevoerd of onnodig gecompliceerd.

(...)"

- 8.4. In tabel III Nadere voorwaarden per hulpmiddel van het Reglement Hulpmiddelen is onder meer de vergoeding van katheters nader uitgewerkt en de betreffende passage luidt:

"Art.: 7

Hulpmiddel: Katheters

Voorschrift: Beh. arts of gespec. stoma-/incontinentieverpleegkundige

Toestemming vooraf nodig: ja

Afspraken leverancier voor beoordeling: ja

(...)

Bruikleen of eigendom: eigendom"

- 8.5. Artikel 20 van 'Deel B' van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen ONVZ Zorgverzekeraar 2015 zijn volgens artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op katheters is geregeld in artikel 2.11 Rzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 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

- 9.1. Niet in geschil is dat de aan verzoeker afgeleverde katheters een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat hij voor deze katheters een verzekeringsindicatie heeft. Voorts staat vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten het vergoedingensysteem van de katheters met ingang van 1 januari 2016 te wijzigen. Verzoeker meent dat deze wijziging niet doelmatig is, aangezien voor hem de kosten van de katheters meer dan verdubbeld zijn. Met betrekking tot deze stelling overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Ten aanzien van het door de ziektekostenverzekeraar met de wijziging van de regeling beoogde doel geldt dat de inkoop van zorg en diensten behoort tot de beleidsvrijheid van de ziektekostenverzekeraar. Indien deze niet scherp inkoopt, zal de schadelast stijgen en daarmee de



premie. Verzekerden die vervolgens niet akkoord willen gaan met de premieverlaging kunnen er voor kiezen hun verzekering te beëindigen en zich elders te verzekeren.



Voor zover verzoeker stelt dat door de wijziging de kosten van het gebruik van katheters ten algemene fors zijn gestegen, merkt de commissie op dat verzoeker dit niet kan beoordelen voor alle verzekerden, aangezien hij geen zicht heeft op het zorggebruik van deze verzekerden en de totale kosten die de ziektekostenverzekeraar maakt. Zoals verzoeker zelf vermeldt, is hij erg zuinig in het gebruik van de katheters, maar dit hoeft vanzelfsprekend niet voor alle verzekerden te gelden. Doordat verzoeker katheters hergebruikt, is zijn feitelijk gebruik lager dan geïndiceerd, en is hij gebaat bij een regeling waarbij wordt gedeclareerd op basis van afname. Dit is evenwel geen reële vergelijking. Uitgangspunt dient het geïndiceerde gebruik te zijn, en in dat geval blijft het verschil tussen de oude en nieuwe regeling beperkt. Daarbij brengt de indeling in gebruikerscategorieën naar de mening van de commissie met zich dat tussen de onderscheiden categorieën, maar ook binnen één categorie de kosten voor sommige gebruikers hoger kunnen uitvallen dan voorheen, en voor andere lager. De commissie begrijpt dat dit voor gebruikers van de eerste groep nadelig kan uitvallen, met name indien is gekozen voor een hoog vrijwillig eigen risico. Bij verzoeker speelt dit overigens niet; ook onder de oude regeling werd het - verplicht - eigen risico vol gemaakt en door hem is niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico, zodat hij geen financieel nadeel ondervindt door de wijziging. Hoe dit bij andere verzekerden uitpakt kan geen onderwerp van de onderhavige procedure vormen.

Conclusie



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

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 april 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

