



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen D en E, beide te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, incontinentiemateriaal, declaraties
Zaaknummer : 201400961
Zittingsdatum : 17 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.11 Rzv)

1. Partijen

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

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (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 Plus Collectief 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). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om correctie van de declaraties voor incontinentiemateriaal uit 2012 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 oktober 2013, 18 februari 2014 en 11 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 31 maart 2014 en ongedateerde brief, ontvangen op 17 april 2014, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, en een uitspraak te doen over de informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraar (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 28 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 september 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Naar aanleiding van een uitkeringsspecificatie heeft verzoekster zich verdiept in de leveringen en gedeclareerde nota's ter zake van het door haar gebruikte incontinentiemateriaal. Hieruit bleek dat vanaf 1 april 2013 de kosten van het incontinentiemateriaal 50 percent zijn gestegen. Verzoekster heeft een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, en bewijzen c.q. afschriften van alle leveringen en gedeclareerde nota's in 2012 en 2013 overgelegd. De reactie van de ziektekostenverzekeraar van 29 oktober 2013 viel verkeerd, omdat er zaken in staan die verzoekster geheel onbekend zijn en omdat het eigen risico - ander dan de ziektekostenverzekeraar veronderstelt - voor haar geen onderwerp van geschil is.
- 4.2. Verzoekster heeft zich hierop tot de leverancier hulpmiddelen gewend om informatie te verkrijgen over het intakegesprek en de daarop gebaseerde af te leveren hoeveelheid incontinentiemateriaal (gebruikersprofiel). Dit verliep moeizaam en de uitkomst was verbazingwekkend. Er werd een verbruik aangegeven dat gezien de geleverde hoeveelheid onmogelijk was. Bovendien is uit het afschrift van de contacten met de klantenservice niet op te maken dat "weinig" materiaal wordt verbruikt, hetgeen door diezelfde klantenservice wel wordt beweerd. In de tussentijd bleef het declareren van de nota's door de leverancier bij de ziektekostenverzekeraar overigens doorgaan.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar vermeldt in zijn brief van 24 januari 2014 inzake verrekende correcties het woord "coulance". Dit stuut verzoekster tegen de borst. Ook wordt in deze brief vermeld dat de eindverantwoordelijke voor het gebruikersprofiel de ziektekostenverzekeraar is. Het informeren van de verzekerde blijft echter achterwege, en dat is volgens verzoekster de kern van het probleem. De wijzigingen met ingang van 1 maart 2013 zijn niet met haar gecommuniceerd. Uit navraag bij de huisarts blijkt dat de ziektekostenverzekeraar en/of de leverancier nimmer contact hebben opgenomen inzake de diagnose.
- 4.4. Na diverse brieven heeft de echtgenoot van verzoekster verzocht om een persoonlijk onderhoud met een leidinggevende medewerker van de ziektekostenverzekeraar, hetgeen op 11 februari 2014 heeft plaatsgevonden. De echtgenoot van verzoekster heeft dit gesprek als vervelend ervaren. De medewerker straalde een vorm van minachting uit en van privacy was geen sprake.
- 4.5. Het is onbegrijpelijk dat voor twaalf pakjes regulier maandverband - onder de noemer incontinentiemateriaal - geleverd in 2012 en 2013, € 273,78 wordt berekend. In een reguliere winkel kan dit namelijk voor circa € 50,- worden aangeschaft. Verzoekster wenst dat de gedeclareerde nota's van incontinentiemateriaal met betrekking tot de maanden april, mei, juli en augustus 2013 worden gecrediteerd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Hierbij is aangetekend dat over 2013 al een gedeeltelijke restitutie heeft plaatsgevonden en dat het geschil daarom beperkt blijft tot 2012. In dat jaar stemden levering en facturatie niet overeen. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar gevraagd een correctie te realiseren ten aanzien van de gedeclareerde kosten. Naar verzoekster begrijpt wordt geleverd op basis van behoefte. In één pak incontinentiemateriaal zitten 26 stuks. Uitgaande van het gebruik van twee à drie stuks per dag, kan de levering van twee pakken per kwartaal niet kloppen. Bovendien vermelden de facturen geen hoeveelheden, maar enkel bedragen. Een en ander is het gevolg van het natuurkarakter van de zorgverzekering. Dit systeem moet worden verbeterd, omdat thans voor de verzekerde

geen zicht bestaat op wat door de ziektekostenverzekeraar wordt betaald. Voorts wordt het gebruikersprofiel veranderd zonder men daar weet van heeft. Verzoekster verklaart dat in 2008 het gebruikersprofiel is vastgesteld, en dat dit begin 2013 is gewijzigd zonder haar daar over te raadplegen of de wijziging te bevestigen. Zij komt geen incontinentiemateriaal tekort en er is niets teruggeleverd.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op basis van de zorgverzekering kan verzoekster voor verzekerde zorg terecht bij gecontracteerde zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar heeft met gecontracteerde leveranciers afspraken gemaakt over de levering en declaratie van incontinentiemateriaal. De hoeveelheid incontinentiemateriaal is afgestemd op een normaal gebruik gedurende een maand. Bij een chronische indicatie mag de leverancier in overleg met de verzekerde een hoeveelheid voor maximaal drie maanden afleveren. Per levering declareert de leverancier een dagprijs behorend bij het gebruikersprofiel x het aantal dagen waarvoor geleverd is. Zodoende dient het aantal dagen dat de leverancier bij de ziektekostenverzekeraar declareert overeen te komen met het aantal dagen waarvoor is geleverd.

5.2. Sinds 2004 wordt gewerkt met dagprijzen voor incontinentiemateriaal. Per 1 maart 2013 zijn de regels voor levering en het in rekening brengen van incontinentiemateriaal gewijzigd, met als doel de zorg beter af te stemmen op de persoonlijke situatie van een verzekerde. Hierbij is de bestaande profielindeling aangepast. De indicaties voor incontinentiemateriaal zijn geclusterd in gebruikersprofielen. Op basis van een intake door een incontinentieverpleegkundige deelt de leverancier een patiënt in een passend profiel in. Vervolgens wordt bepaald welke zorg men nodig heeft. Aan elk gebruikersprofiel is een dagprijs gekoppeld. Dit is een gemiddeld tarief qua benodigd materiaal. Daarnaast is er een zorgcomponent van de leverancier. Dit bestaat uit onder andere de intake en begeleiding.

De kosten van geleverd incontinentiemateriaal worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze nota's worden verrekend met het wettelijk verplicht eigen risico, aangezien incontinentiemateriaal valt onder hulpmiddelen in eigendom.

Verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd over deze wijzigingen per 1 maart 2013, omdat de verzekeringsvoorwaarden op dit punt niet zijn aangepast.

5.3. Verzoekster is ingedeeld in profiel twee ("licht"), waarbij een dagprijs van € 0,71 van toepassing is. Dit bedrag is door de leverancier hulpmiddelen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De betreffende nota's zijn op basis van de zorgverzekering rechtstreeks vergoed. Het eventuele openstaande eigen risico is bij verzoekster in rekening gebracht.

In 2012 zijn er in totaal vier leveringen geweest, die per kwartaal bij verzoekster zijn afgeleverd. De kosten zijn door de leverancier per maand gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De totaalkosten van het kwartaal worden gedeeld door het aantal dagen in een kwartaal. Dit zorgt voor een dagprijs die mag worden berekend volgens de afspraken met de leverancier. Op deze manier wordt tot een maandprijs gekomen.

De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de leverancier en gevraagd of verzoekster in 2012 materiaal heeft teruggestuurd. De leverancier heeft verklaard dat geen meldingen te hebben van retourzendingen. De nota's zijn derhalve terecht gedeclareerd.

5.4. De ziektekostenverzekeraar streeft ernaar kwalitatief goede zorg in te kopen voor een goede prijs. De dagprijs voor incontinentiemateriaal kan afwijken van een particuliere aankoopprijs in een specifiek geval.

Organisaties als de Nederlandse Zorgautoriteit dringen er regelmatig op aan dat doelmatig en gepast gebruik van zorg wordt gerealiseerd. Door het nieuwe vergoedingsbeleid voor incontinentiemateriaal geeft de ziektekostenverzekeraar hier vorm aan. Met het huidige systeem wordt optimale begeleiding van de patiënt gewaarborgd. Dit leidt tot meer op de persoonlijke situatie van verzekerden afgestemde adviezen, en het op termijn minder hard stijgen van de

kosten van incontinentiemateriaal. Het voornaamste voordeel van het hanteren van dagprijzen is dat de leverancier op regelmatige basis in gesprek gaat met patiënten om steeds het optimale gebruikersprofiel vast te stellen.

5.5. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor de wijze waarop de communicatie richting verzoekster is verlopen.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het geschil nog enkel het jaar 2012 betreft. Voor het jaar 2013 is een coulancevergoeding verleend in verband met onduidelijkheid rondom de declaraties. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat de leverancier hulpmiddelen het gebruikersprofiel bepaalt. Op basis hiervan wordt geleverd. De ziektekostenverzekeraar verklaart het spijtig te vinden dat de contacten met verzoekster niet steeds goed zijn geweest.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.21. 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de declaraties voor incontinentiemateriaal, geleverd in 2012, te corrigeren.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.22. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.17. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Kijk ook in artikel A.0.9.

B.17.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. (...)

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. (...)"

8.4. Artikel B.17.8. van het Reglement Hulpmiddelen luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

1. Hulpmiddel: A. Incontinentiematerialen

(...)

3. Akkoord verklaring voor eerste verstrekking nodig van: Gecontracteerde zorgverlener

(...)

6. Bruikleen/ eigendom: Eigendom

(...)"

8.5. Artikel A.0.9. van de zorgverzekering luidt:

"A.0.9. Internetovereenkomst hulpmiddelen (extra voorwaarde bij B.17)

a. Zorgverleners met een "internetovereenkomst".

Een groot aantal hulpmiddelen kunt u het beste bij de kleine groep landelijk werkende zorgverleners bestellen waar wij een "internetovereenkomst" mee hebben gesloten. U hoeft dan namelijk niet zelf een deel te betalen (behalve eventuele wettelijke eigen bijdrage).

b. Zorgverleners met een overeenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst"

1. *Een aantal hulpmiddelen kan niet door de zorgverleners met een "internetovereenkomst" worden geleverd. U kunt voor deze hulpmiddelen naar één van de vele zorgverleners waarmee wij een overeenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst", gesloten hebben. U hoeft bij deze zorgverleners in dat geval dan ook niet zelf een deel te betalen (behalve eventuele wettelijke eigen bijdrage).*

2. *Als een hulpmiddel wel door een zorgverlener met internetovereenkomst geleverd kan worden, maar u toch naar een zorgverlener gaat met wie wij wel een overeenkomst hebben, maar geen "internetovereenkomst", dan geldt hetzelfde als onder c.*

c. Zorgverleners zonder overeenkomst

U kunt dan in artikel A.0.6. lezen hoeveel wij in dat geval vergoeden."

8.6. Artikel A.0.6. van de zorgverzekering betreft de verschillende tarieven, en luidt, voor zover hier van belang:

"Voor de vergoeding van zorg hanteren we verschillende tarieven:

- *afgesproken tarief;*
- *gedeclareerd tarief;*
- *marktconform tarief.*

(...)

Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. *Afgesproken tarief*

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden dan de behandeling volgens het afgesproken tarief.

In afwijking van bovenstaande geldt dit afgesproken tarief bij "hulpmiddelenzorg", als het gaat om hulpmiddelen die zijn geleverd door een zorgverlener met "internetovereenkomst" voor die hulpmiddelen.

Als wij voor die hulpmiddelen alleen een andere overeenkomst, niet zijnde een "internetovereenkomst", hebben gesloten met de zorgverlener, geldt artikel A.0.6.b. (kijk ook in artikel A.0.9.).

(...)"

8.7. Voornoemde artikelen van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.36 Rzv.

Artikel 2.11 Rzv betreft de aanspraak op hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie (incontinentiemateriaal).

- 8.9. 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

Leveringen en facturatie in 2012

- 9.1. Niet in geschil is dat incontinentiemateriaal een verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Partijen zijn verdeeld over de facturatie door de leverancier.
- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat in 2012 vier leveringen van incontinentiemateriaal hebben plaatsgevonden. Door de leverancier werd per maand gedeclareerd op basis van een dagprijs. Deze dagprijs is berekend door de kosten per kwartaal te delen door het aantal dagen in het betreffende kwartaal. De constatering van verzoekster dat in bepaalde maanden geen leveringen hebben plaatsgevonden terwijl wel werd gedeclareerd is dus juist. Dit betekent echter niet dat door de leverancier teveel in rekening is gebracht, doch enkel dat levering en facturatie in tijd niet synchroon lopen. Hierbij merkt de commissie nog op dat de hoogte van het tarief, zoals dit door de ziektekostenverzekeraar met de leverancier is overeengekomen, verzoekster niet regardeert. Zij heeft immers gekozen voor een naturapolis, zodat zij aanspraak heeft op de verzekerde zorg en diensten "in natura". Dit zou slechts anders kunnen zijn indien het gaat om toepassing van het eigen risico, maar nu verzoekster heeft gesteld dat het eigen risico geen onderwerp van geschil vormt, laat de commissie dat aspect verder rusten. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover het de correctie van de nota's uit 2012 betreft, dient te worden afgewezen.














Informatievoorziening

- 9.3. Met ingang van 1 maart 2013 zijn tussen de leverancier en de ziektekostenverzekeraar nieuwe afspraken gemaakt omtrent de verstrekking en declaratie van incontinentiemateriaal. Verzoekster is hiervan door de ziektekostenverzekeraar niet op de hoogte gesteld om reden dat de verzekeringsvoorwaarden op dit punt niet zijn gewijzigd. De commissie kan deze redenering volgen voor zover het de verzekerde prestatie zelf betreft. De financiële gevolgen van de wijziging zijn in dit geval echter wel van dien aard dat verzoekster hier van meet af aan beter over had kunnen worden ingelicht. Hierbij is het volgende van belang.
- 9.4. Uit de stukken blijkt dat, anders dan door verzoekster is gesteld, wel degelijk intakegesprekken hebben plaatsgevonden. In dit verband is het gesprek van 26 maart 2013 relevant. Naar aanleiding hiervan is verzoekster - volgens de nieuwe systematiek - ingedeeld in een bepaald gebruikersprofiel, in dit geval profiel 2. Bij de indeling wordt uitgegaan van een bepaalde bandbreedte. Verzoekster valt binnen de gegeven bandbreedte, aangezien volgens haar verklaring geen incontinentiemateriaal is bijbesteld of geretourneerd. Voorts hoort bij ieder profiel een dagvergoeding; deze bedraagt € 0,71 voor profiel 2. Genoemd bedrag is inclusief de zorgcomponent voor de leverancier. Door verzoekster is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, dat de kosten hierdoor voor haar met 50 percent zijn gestegen.



Naar de commissie begrijpt, heeft de ziektekostenverzekeraar om hem moverende redenen besloten verzoekster, vanwege de onduidelijkheid rond de declaraties, een coulancevergoeding te verstrekken. Voor zover verzoekster, door de informatievoorziening rond de wijziging, financieel nadeel heeft ondervonden, is door haar intussen bevestigd dat hierover geen geschil meer bestaat. Op het tweede onderdeel van haar verzoek behoeft daarom niet te worden beslist. De gang van zaken vormt voor de commissie evenwel aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde entreegeld ad € 37,-- dient te vergoeden.

Conclusie

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat de commissie vaststelt dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in zijn informatievoorziening jegens verzoekster.
- 9.6. De commissie acht termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af op de wijze als onder 9.5 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 1 oktober 2014,

Voorzitter