

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1732

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de vergoeding van een morfinepomp* (ingezonden 19 januari 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 maart 2016) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 1363

#### Vraag 1

Kent u de berichtgeving over «Gablunder met een morfinepomp»?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja.

#### Vraag 2

Hoe is het mogelijk dat een zorgverzekeraar de vergoeding van een morfinepomp weigert? Kunt u een reconstructie geven van deze afwijzing en duiden wat er mis ging?

#### Antwoord 2

Ik heb de zorgverzekeraar om een reactie gevraagd. Deze heeft mij het volgende laten weten: De vergoeding van een morfinepomp wordt in principe nooit geweigerd. Een morfinepomp wordt door de zorgverzekeraar kosteloos in bruikleen verstrekt en kan zonder toestemming vooraf op aangeven van een thuiszorgorganisatie door de leverancier onmiddellijk geplaatst worden. Er zijn daarvoor afspraken gemaakt met alle grote leveranciers die landelijk actief zijn en direct kunnen leveren. In ieder geval nog dezelfde dag, maar vaak al binnen enkele uren. In dit geval heeft de thuiszorgorganisatie vooraf contact opgenomen met de zorgverzekeraar in plaats van direct met de leverancier. Vervolgens is er in de communicatie verwarring ontstaan over de bekostiging van de morfinepomp en van de verpleegkundige zorg in verband met een persoonsgebonden budget (pgb) voor thuiszorg van de verzekerde. Naar oordeel van de zorgverzekeraar zijn er twee zaken niet goed gegaan. Thuiszorg-organisaties mogen rechtstreeks de aanbieder benaderen voor het leveren van morfinepompen. Dit is zo geregeld omdat het hier precaire zorg betreft die onmiddellijk ingezet moet kunnen worden. De zorgverzekeraar zal

<sup>1</sup> «Gablunder met een morfinepomp», Leidsch Dagblad, 7 januari 2016

de thuiszorgorganisatie hier nogmaals over informeren. De zorgverzekeraar geeft toe dat verkeerde informatie is gegeven vanwege de verwarring over de vergoeding voor verpleging en van het hulpmiddel. Inmiddels heeft de zorgverzekeraar de medewerkers hierover bericht en zijn de procedures aangescherpt.

#### Vraag 3

Denkt u dat de erkenning van de fout, inclusief excuses, ook had geschied als de zorgverlener geen aandacht via sociale media had gevraagd? Kunt u uw antwoord toelichten?<sup>2</sup>

#### Antwoord 3

Dat kan ik niet beoordelen. Uit de reactie van de zorgverzekeraar begrijp ik dat men het misverstand betreurt.

#### Vraag 4

Erkent u dat in een situatie van stervensbegeleiding er geen tijd is bij de geschillencommissie aanhangig te maken dat de zorgverzekeraar een voorgeschreven hulpmiddel niet vergoedt? Kunt u uw antwoord toelichten?

#### Antwoord 4

Het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ voorziet in een spoedprocedure dat speciaal met het oog op dit soort situaties is opgenomen. Ik ben mij er echter van bewust dat in een dergelijke situatie een gang naar de SKGZ niet reëel is en door afspraken van directe levering in een normale gang van zaken ook gelukkig onnodig.

#### Vraag 5

Vindt u ook dat het vergoeden van zorg en van benodigde hulpmiddelen juist in stervenssituaties niet ter discussie moet staan? Bent u bereid de zorgverzekeraars te sommeren inzet van zorg en benodigde hulpmiddelen in een stervensfase altijd te vergoeden? Kunt u uw antwoord toelichten?

#### Antwoord 5

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben zorgverzekeraars een zorgplicht die bepaalt dat zij ervoor moeten zorgen dat een verzekerde te allen tijde adequate hulpmiddelenzorg krijgt waar hij aanspraak op heeft. Daarbij gaat het dan niet alleen om de inhoud en vergoeding van zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van deze zorg. Ook in stervenssituaties moet de zorgverzekeraar een hulpmiddel verstrekken of vergoeden dat voor de patiënt adequaat is. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de zorgplicht van de zorgverzekeraar.

#### Vraag 6, 7, 8 en 9

Komt het vaker voor dat (medische) hulpmiddelen niet vergoed worden, ook al zijn ze wel geïndiceerd door een arts of verpleegkundige? Zo ja, hoe vaak, en in welke situaties?

Mocht het niet bekend zijn hoe vaak een (medisch) hulpmiddel niet vergoed wordt, bent u dan bereid hier onderzoek naar te (laten) doen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer kunnen de resultaten van dat onderzoek worden verwacht?

Hoeveel zaken over vergoeding van hulpmiddelen worden jaarlijks voorgelegd aan de geschillencommissie en/of het Zorginstituut?

Hoe luiden de uitkomsten van de geschillen?

#### Antwoord 6, 7, 8 en 9

Het komt voor dat een hulpmiddel niet vergoed wordt bijvoorbeeld wanneer het hulpmiddel niet in het basispakket zit of als de aanvraag niet aan de indicatiecriteria voldoet. Voor het aantal klachten en geschillen beroep ik me op informatie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Volgens de SKGZ kunnen geen harde cijfers over het aantal zaken worden genoemd vanwege het feit dat bepaalde hulpmiddelen niet tot de hulpmiddelenzorg worden gerekend, maar tot de medisch specialistische zorg

<sup>2</sup> <https://careconsult.wordpress.com/2015/12/26/verzekeringsleed/>

(bijvoorbeeld een pacemaker). In 2015 heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen 38 zaken aangaande hulpmiddelenzorg behandeld. De verdeling van deze zaken naar aard van het hulpmiddel/onderwerp is als volgt: hoortoestel (10), prothese (6), hulphond (2), overig/anders (20). De commissie beoordeelt eerst of het betreffende hulpmiddel tot de verzekerde zorg behoort en betrokkene daarvoor een indicatie heeft. Verder moet de zorg doelmatig zijn en moet er voldaan zijn aan de vereisten in de polisvoorwaarden. Een geschil kan ook gaan over de hoogte van de vergoeding wanneer de verzekerde zich niet heeft gewend tot een gecontracteerde leverancier. In voornoemde zaken was de verdeling als volgt: indicatie (8), doelmatig (7), verzekerde zorg (11), eigen bijdrage/eigen risico (3), hoogte vergoeding (3), formele vereisten (5), overig/anders (1).

Niet alle behandelde zaken hebben geresulteerd in een bindend advies. De uitkomsten over 2015 zijn: 13 zaken werden opgelost voorafgaand aan de hoorzitting, 9 verzoeken van verzekerden werden afgewezen, 1 maal werd het verzoek toegewezen, 15 zaken lopen nog. Naast de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kent de SKGZ een Ombudsman Zorgverzekeringen die in 2015 bemiddelde in 186 zaken over hulpmiddelenzorg.

#### Vraag 10

Klopt het dat zorgverzekeraars op basis van hun taak te toetsen op «doelmatigheid» in mogen grijpen bij geïndiceerde hulpmiddelen? Zo ja, kunt u uitleggen waarom zorgverzekeraars het oordeel van een specialist naast zich neer kunnen leggen? Op welke grond wordt bepaald of mensen «teveel» of «te dure» hulpmiddelen voorgeschreven krijgen?

#### Antwoord 10

Het staat de zorgverzekeraar vrij om aanbieders selectief te contracteren op basis van prijs en kwaliteit, zolang in alle gevallen aan de verzekerde een adequaat hulpmiddel wordt geleverd of vergoed als de verzekerde daarop aangewezen is. Ook de omvang van de geleverde hulpmiddelen moet voldoende zijn en zorgverzekeraars mogen hierbinnen doelmatigheidsafwegingen maken. Dat hoort bij hun rol als inkoper van de zorg. Het is aan de NZa om te beoordelen of de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet. Daarbij is van belang dat mensen over voldoende keuzevrijheid kunnen beschikken, omdat dit een belangrijke voorwaarde is voor de zelfredzaamheid van de patiënt. De NZa ziet daarop toe. Voor mijn reactie op het voorschrijven van hulpmiddelen verwijst ik u naar mijn antwoorden op vraag 12, 13 en 14.

#### Vraag 11

Is het voor een patiënt/verzekerde mogelijk fatsoenlijk in beroep te gaan tegen het weigeren van een vergoeding van een voorgeschreven hulpmiddel als de zorgverzekeraar beslist dat het ook met een ander hulpmiddel of minder (bijvoorbeeld bij incontinentiemateriaal) kan? Kunt u uw antwoord toelichten?

#### Antwoord 11

Ja, dat is mogelijk. Bij een verschil van mening over het vergoeden van bepaalde zorg is het gebruikelijk dat de verzekerde de zorgverzekeraar eerst verzoekt om zijn besluit te heroverwegen. Indien het meningsverschil niet wordt opgelost, heeft de verzekerde de mogelijkheid om naar de SKGZ te stappen. De Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn onderdeel van de SKGZ en zorgen voor een onafhankelijke behandeling van problemen tussen verzekerde en zorgverzekeraar. De verzekerde kan de Ombudsman Zorgverzekeringen vragen te bemiddelen. Deze bemiddeling is gratis en heeft in ongeveer de helft van de gevallen een positief resultaat.

Als de Ombudsman geen mogelijkheid ziet tot bemiddeling, kan zij direct verwijzen naar de Geschillencommissie. Dit komt echter niet vaak voor. Als de bemiddeling niet helpt dan kan men een klacht indienen bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

#### Vraag 12, 13 en 14

Begrijpt u dat het zeer ontwrichtend is voor iemand als een voorgeschreven hulpmiddel niet vergoed wordt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Bent u bereid de zorgverzekeraars de taak toetsen op doelmatigheid te ontnemen, wanneer een hulpmiddel door een arts of specialist is voorgeschreven? Zo nee, waarom niet?

Zou niet vergelijkbaar met een recept op medische noodzaak het zo moeten zijn dat, wanneer een arts of specialist een hulpmiddel medisch noodzakelijk acht, de zorgverzekeraar tot vergoeding moet overgaan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 12, 13 en 14

Ik begrijp goed dat het niet vergoeden van een voorgeschreven hulpmiddel ontwrichtend kan zijn voor iemand. Ik meen dat dit kan worden voorkomen door goede voorlichting over welke hulpmiddelen onder welke voorwaarden tot het basispakket behoren en hoe de zorgverzekeraar de hulpmiddelenzorg voor de verzekerde heeft geregeld. Voor hulpmiddelen geldt geen wettelijke voorschrijfplicht (receptplicht) die als voorbehouden handeling is toegewezen aan bepaalde beroepsgroepen. Het is aan de individuele zorgverzekeraar om te bepalen hoe de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraak van de verzekerde op hulpmiddelenzorg getoetst wordt.

Tijdens de afgelopen begrotingsbehandeling is een motie<sup>3</sup> aangenomen waarin u mij vraagt om de voor- en nadelen van het opnemen van het criterium «medische noodzaak» bij verstrekking van hulpmiddelen te onderzoeken en de Kamer hierover in juni 2016 te adviseren. Voor de antwoorden op deze vragen verwijs ik u naar mijn brief die ik u in juni zal sturen.

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 300-XVI nr. 45.