



Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Eigen risico, laboratoriumonderzoek, farmaceutische zorg, specificatie zorgkosten
Zaaknummer : 201400988
Zittingsdatum : 1 oktober 2014



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19, 21 en 22 Zvw, 2.1, 2.4, 2.8, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) C, en
 - 2) D, beide te E,
- 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 basis van de verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 9 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat deze een bedrag van € 341,50 aan hem is verschuldigd voor het eigen risico 2013. Een deel van deze kosten, te weten € 216,93, is gedeclareerd door het Rijnstate Ziekenhuis, en heeft betrekking op laboratoriumonderzoeken die aldaar hebben plaatsgevonden. Een bedrag van € 17,74 betreft kosten die de apotheek heeft gedeclareerd voor het middel Tetanus Vaccin Flacon 0,5 ml.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd waarbij hij heeft verzocht voornoemde posten niet mee te nemen in de berekening van het verplicht eigen risico (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 februari 2014 en e-mailberichten van 5 maart, 2 en 3 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 11 juni 2014 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 14 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 augustus 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 september 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 1 oktober 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.


4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


- 4.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen voor het door hem verschuldigde verplicht eigen risico 2013 ten bedrage van € 341,50 voor onder meer laboratoriumonderzoek en kosten van farmaceutische zorg. Laatstgenoemde kosten zijn ten onrechte in rekening gebracht, aangezien verzoeker niets 'gratis' heeft meegekregen van de apotheek maar alle kosten zelf heeft betaald.
- 4.2. Verzoeker heeft - op advies van de ziektekostenverzekeraar - bij zijn huisarts en het ziekenhuis navraag gedaan naar de gedeclareerde laboratoriumonderzoeken, maar zij hebben verzoeker hierover geen nadere informatie kunnen verstrekken. Aangezien de betreffende kosten niet voldoende zijn gespecificeerd, kan verzoeker niet controleren of deze terecht in rekening zijn gebracht. De ziektekostenverzekeraar dient de vordering ter zake van het verplicht eigen risico dan ook te laten vervallen.
- 4.3. Verzoeker merkt verder nog op dat één post door het ziekenhuis viermaal is gedeclareerd. Het lijkt er volgens hem op dat een toets is blijven hangen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij duidelijkheid wil over de onderhavige nota's. Hij is van mening dat als een nota niet duidelijk is, hij deze niet hoeft te voldoen. Verzoeker heeft kosten moeten maken om naar de zitting te komen en heeft daarnaast ook het entreegeld moeten betalen. Verzoeker constateert dat door het ziekenhuis viermaal een bedrag van € 40,- is gedeclareerd, en heeft daarom het vermoeden dat het ziekenhuis "met de kam heeft geschreven".
- 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. Door de afleverende apotheek zijn de kosten van het middel Tetanus Vaccin Flacon 0,5 ml gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft zich in zijn brief van 23 april 2014 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen voor het eerst beklaagd over deze zorgkosten. Indien hij hierover in een eerder stadium een vraag aan de ziektekostenverzekeraar had gesteld, zou deze hem eerder hebben kunnen informeren. Overigens staat de naam van dit middel genoemd in het door de ziektekostenverzekeraar op 2 april 2014 aan verzoeker gezonden overzicht.
- 5.2. De door het ziekenhuis gedeclareerde kosten hebben betrekking op onderzoek naar wormeieren en protozoaire cysten. Daarnaast is het 'ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken, inclusief afname patiëntenmateriaal' door het ziekenhuis gedeclareerd. De DNA-amplificatie is viermaal uitgevoerd en daarom viermaal gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met de assistente van de huisarts van verzoeker. Als verzoeker vragen heeft over de laboratoriumonderzoeken en de uitslagen hiervan, kan hij dit bespreken met de huisarts.

 5.3. Ten aanzien van de specificatie van de gedeclareerde en vergoede zorgkosten merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in de uitkeringsspecificatie is vermeld door wie de zorgkosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt en met welk notanummer de kosten zijn gedeclareerd. Binnen de kaders die zijn gesteld door de Wet bescherming persoonsgegevens zijn de kosten voldoende gespecificeerd.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door het ziekenhuis vier soorten cysten zijn onderzocht en daartoe heeft viermaal een DNA-amplificatie plaatsgevonden. Daarnaast is onder andere onderzoek gedaan naar wormeieren. De declaratie klopt en de kosten zijn terecht ten laste van het eigen risico gebracht.

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


6. De bevoegdheid van de commissie


 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden 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 terecht een bedrag van € 234,67 (€ 216,93 voor laboratoriumonderzoeken en € 17,74 voor een geneesmiddel) ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht eigen risico 2013 van verzoeker heeft gebracht.


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 B10 e.v van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel B17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)
Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje ‘Preferentiebeleid’, heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. (...)”*

 8.4. Artikel B18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)
Welke zorg
-- U heeft recht op:
(…)
-- door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek,
(...)”*

8.5. Artikel B8.1 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. (...)

*Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:
(...)*

*-- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
(...)"*

8.6. De artikelen B8.1, B17 en B18 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv.


Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 22 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

8.8. 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. Verzoeker is, ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2013, een bedrag van maximaal € 350,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Tussen partijen is niet in geschil dat dit eigen risico op 9 januari 2014 nog niet was volgemaakt. Voorts staat vast dat de kosten van farmaceutische zorg en van de laboratoriumonderzoeken die in Rijnstate zijn uitgevoerd, vallen onder de zorgvormen waarop het verplicht eigen risico van toepassing is.


9.2. Ten aanzien van de door de apotheek gedeclareerde kosten van het geneesmiddel Tetanus Vaccin Flacon 0,5 ml heeft verzoeker aangevoerd dat hij niets 'gratis' heeft meegekregen van de apotheek, maar dat hij alles zelf heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht op welk middel het bedrag van € 17,74 betrekking heeft, en dat dit ook stond vermeld op de specificatie van 2 april 2014. De commissie overweegt dat het onder de gegeven omstandigheden op de weg van verzoeker had gelegen om door middel van overlegging van de betreffende nota dan wel een betalingsbewijs aannemelijk te maken dat de kosten bij hem in rekening zijn gebracht door de apotheek onderscheidenlijk door hem zijn voldaan aan de apotheek. Dit is echter niet gebeurd. Onweersproken is dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 17,74 aan de




apothek heeft betaald. Daarom is genoemd bedrag terecht ten laste van het verplicht eigen risico 2013 gebracht.



9.3. De huisarts heeft ten behoeve van verzoeker enkele laboratoriumonderzoeken laten verrichten door het ziekenhuis. De kosten hiervan zijn door het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Deze kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed en vanwege het verplichte eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Wat betreft de stelling van verzoeker dat de betreffende kosten onvoldoende zijn gespecificeerd en dat hij deze daarom niet kan controleren, wordt het volgende overwogen. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie alleen vermeld door wie de zorgkosten zijn gedeclareerd, wanneer de kosten zijn gemaakt, en met welke notanummer is gedeclareerd. Nadat verzoeker om nadere informatie had gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar hem medegedeeld dat de onderzoeken hebben plaatsgevonden op verwijzing van de huisarts en dat het bloed van verzoeker is onderzocht op wormeieren en protozoaire cysten. Tevens is toegelicht dat viermaal een DNA-amplificatie was uitgevoerd en dat de daaraan verbonden kosten daarom ook viermaal zijn berekend. Voor details over het onderzoek alsmede de uitslagen ervan, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verwezen naar de huisarts.




9.4. De commissie is van oordeel dat de vermelding van de zorgvorm met de datum waarop deze zorg is verleend, in de regel voldoende zou moeten zijn om te controleren of de juiste zorg is gedeclareerd. Dit geldt te meer nu indertijd ter zake van de no-claimteruggave door het College bescherming persoonsgegevens is geoordeeld dat een registratie die verder gaat dan een vermelding van de zorgvorm strijdig is met de vigerende privacywetgeving. Van de ziektekostenverzekeraar kan in het kader van de uitvoering van de eigen risicoregeling daarom geen verdergaande specificatie worden verlangd. Voor meer informatie over de onderzoeken dient verzoeker zich te wenden tot zijn huisarts, die immers de opdracht hiertoe heeft gegeven.



9.5. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat ook de kosten van het laboratoriumonderzoek ten bedrage van € 216,93 terecht ten laste van het verplicht eigen risico 2013 zijn gebracht.




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, 15 oktober 2014,



Voorzitter