



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Eigen risico, medisch-specialistische zorg, DBC, farmaceutische zorg, eerste uitgiftegesprek
Zaaknummer : 201402468
Zittingsdatum : 29 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.8, 2.17 en 2.19 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoeker en zijn partner, voor wie verzoeker optrad als verzekeringnemer, bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgop-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 12 juni 2014 van verzoeker een bedrag van totaal € 623,44 aan verplicht eigen risico 2014 gevorderd.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 september 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoeker heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 15 oktober 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 5 januari 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van verrekening van zorgkosten met het verplicht eigen risico 2014 van hem en zijn partner (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 maart 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 14 en 15 april 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Op 12 juni 2014 heeft verzoeker van de zorgverzekeraar een nota ontvangen ter zake van het verplicht eigen risico 2014 van hem en zijn partner. Bij verzoeker heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 333,16 en bij zijn partner een bedrag van € 290,28 in rekening gebracht.
- 4.2. Verzoeker meent dat zowel bij hem als bij zijn partner ten onrechte bedragen in rekening worden gebracht door de zorgverzekeraar. Zo heeft de apotheker van verzoeker bij de zorgverzekeraar drie keer een bedrag van € 6,- gedeclareerd. Volgens de apotheker zouden op 21 januari, 31 januari en op 12 maart 2014 eerste uitgiftegesprekken hebben plaatsgevonden. Verzoeker bestrijdt dit ten zeerste. De betreffende apotheker heeft enkel de medicatie meegegeven en daarbij geen nadere toelichting verstrekt.
- 4.3. Verder heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker bedragen van € 53,76 en € 232,64 in rekening gebracht. Uit de specificatie blijkt dat deze nota's zijn gedeclareerd door Ziekenhuis Oost-Limburg (België). Verzoeker is naar dit ziekenhuis verwezen om nader onderzoek te laten uitvoeren naar zijn klachten. Uiteindelijk heeft de medisch specialist een oorzaak van de klachten gevonden. Aan verzoeker is echter nooit medegedeeld dat het eigen risico hierop van toepassing was.
- 4.4. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar van het Orbis Medisch Centrum een nota ontvangen van € 427,91. Hiervan is € 215,77 ten laste van het eigen risico van zijn partner gebracht. De partner van verzoeker is door haar huisarts verwezen naar genoemd centrum in verband met het vermoeden van COPD. In het Orbis Medisch Centrum is vastgesteld dat hiervan geen sprake is. Verzoeker meent dat de kosten die het ziekenhuis hiervoor heeft gedeclareerd buitensporig hoog zijn.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De apotheker van verzoeker heeft onder meer drie keer € 6,- gedeclareerd. Genoemd bedrag heeft betrekking op het eerste uitgiftegesprek. Nadat verzoeker had gereclameerd, heeft de zorgverzekeraar telefonisch contact opgenomen met de apotheker van verzoeker. In het betreffende gesprek heeft de apotheker aan de zorgverzekeraar bevestigd dat op 21 januari, 30 januari en op 12 maart 2014 eerste uitgiftegesprekken hebben plaatsgevonden. Voor de zorgverzekeraar volstaat deze bevestiging. Het stond de apotheek dan ook vrij voor elke van de betreffende gesprekken € 6,- te declareren. Aangezien het verplicht eigen risico 2014 voor verzoeker niet was "vol" gemaakt, heeft de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten ten laste van het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker gebracht.
- 5.2. Verder heeft de zorgverzekeraar van het Ziekenhuis Oost-Limburg (België) twee nota's ontvangen met de data 13 januari en 12 april 2014. Nu de genoten zorg niet valt onder de uitzonderingen van het eigen risico, heeft de zorgverzekeraar de twee nota's verrekend met het verplicht eigen risico 2014. De eerste nota van € 53,76 is volledig ten laste van dit eigen risico gebracht. Van de tweede nota (€ 252,32) heeft de zorgverzekeraar € 232,64 met het eigen risico verrekend. Met laatstgenoemd bedrag had verzoeker zijn verplicht eigen risico voor 2014 "vol" gemaakt.
- 5.3. Voor de partner van verzoeker heeft de zorgverzekeraar van het Orbis Medisch Centrum een declaratie ten bedrage van € 427,91 ontvangen. Het betrof een declaratie van de afdeling Longziekten. Volgens opgave van het ziekenhuis is de betreffende Diagnose Behandel

Combinatie (hierna: DBC) geopend op 13 januari 2014 en gesloten op 12 april 2014. Ten tijde van deze declaratie was reeds een bedrag van in totaal € 144,23 in mindering gebracht op het verplicht eigen risico 2014. Daarom heeft de zorgverzekeraar van de onderhavige DBC van € 427,91 een bedrag van € 215,77 ten laste van het resterende verplicht eigen risico gebracht. Hiermee is het verplicht eigen risico voor 2014 van de partner van verzoeker "vol" gemaakt.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 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 zorgverzekeraar terecht bedragen van € 53,76, € 232,64 en drie keer € 6,-- ten laste van het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker, en een bedrag van € 215,77 ten laste van het verplicht eigen risico 2014 van de partner 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.1. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1. Medisch specialistische zorg

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. (...)"

8.4. Artikel B.15.1.b. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering omvat regels omtrent het leveren van geneesmiddelen en advisering en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat het ter handstellen (de verstrekking) van geneesmiddelen en de advisering die hoort bij het ter handstellen, zoals apothekers die plegen te bieden.

Voor de levering van geneesmiddelen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het geneesmiddel is bestemd, zijn verzorger, of de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de toediening;*
- Als na afgifte van het recept het geneesmiddel niet wordt opgehaald, kan de apotheek afleveringskosten in rekening brengen;*
- Als een geneesmiddel voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deelleveringen per week mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is en niemand het geneesmiddelenbeheer van u kan overnemen.*

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- extra begeleiding bij een 1e en een 2e uitgifte van een geneesmiddel of als u een geneesmiddel langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt;*
- uitleg als u een geneesmiddel gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;*

- *farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of - ontslag;*
- *schriftelijke vastlegging van uw huidige geneesmiddelengebruik en uw geneesmiddelengebruik bij ontslag na opname. (...)*"

8.5. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 360,- voor een heel jaar. (...)

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 360,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- *De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van onderzoek dat met de zorg van de huisarts te maken heeft, maar dat ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld. (...)*
- *De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg (artikelen B.5., B.6. en B.7.). Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.*
- *De kosten van nacontroles van u als donor nadat de periode zoals bedoeld in artikel B.4.7.2.a. is verstreken.*
- *De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. (...)*
- *De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:*

o u voor die zorg of diensten naar een zorgaanbieder bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of

o u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben geen zorgaanbieders of gezondheidsprogramma's hiervoor aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite;

- *De kosten van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.1.2.);*
- *Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven.*

Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven. (...)"

8.6. De artikelen B.4.1., B.15.1.b en A.12. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. 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.

Medisch specialistische 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 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 gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar 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. Tussen partijen is in geschil of de zorgverzekeraar terecht enkele nota's heeft verrekend met het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker en zijn partner. Bij verzoeker gaat het hierbij om twee nota's van Ziekenhuis Oost-Limburg en een drietal nota's van Apotheek De Baandert, en bij zijn partner om een nota van het Orbis Medisch Centrum.

Ten aanzien van verzoeker

Nota's Ziekenhuis Oost-Limburg

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij van het ziekenhuis Oost-Limburg (België) twee nota's met de data 13 januari en 12 april 2014 heeft ontvangen. De eerste nota bedraagt € 53,76 en is volledig ten laste van het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker gebracht. De tweede nota bedraagt € 252,32 en hiervan is € 232,64 verrekend met het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker. Het resterende bedrag van € 19,68 (€ 252,32 - € 232,64) is niet ten laste van het eigen risico gebracht omdat verzoeker het verplicht eigen risico reeds had "vol" gemaakt.
- 9.3. Vast staat dat de zorg die verzoeker heeft genoten niet is uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals verwoord in de artikel A.12.3 van de zorgverzekering. Voorts staat tussen partijen niet ter discussie dat verzoeker op genoemde data het Ziekenhuis Oost-Limburg heeft bezocht en dat het eigen risico ten tijde van de behandeling nog niet was "vol" gemaakt. De commissie is dan ook van oordeel dat het de zorgverzekeraar vrij stond de nota's van € 53,76 en € 252,32 te verrekenen met het verplicht eigen risico 2014 van verzoeker.
- 9.4. Voor zover verzoeker stelt dat hij niet ervan op de hoogte was dat het verplicht eigen risico bij hem in rekening zou worden gebracht, merkt de commissie op dat het bestaan van het verplicht eigen risico op grond van de zorgverzekering een feit van algemene bekendheid is. Bovendien wist verzoeker dat hij voor medisch specialistische zorg in het Ziekenhuis Oost-Limburg was geweest en dat de hiermee gemoeide kosten bij de zorgverzekeraar gedeclareerd zouden worden. Verzoeker had aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden kunnen nagaan dat deze vorm van zorg niet is uitgesloten van de eigen risicoregeling.

Nota's apotheek

- 9.5. De apotheek heeft drie keer een bedrag van € 6,-- bij de zorgverzekeraar gedeclareerd ter zake eerste uitgiftegesprekken. Door verzoeker is aangevoerd dat deze gesprekken nooit hebben plaatsgevonden. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.6. De terhandstelling en voorlichting door de apotheek maken deel uit van de verzekerde prestatie farmaceutische zorg, zo volgt uit artikel B.15.1.b. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering. De betreffende zorg is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven in artikel A.12.3 van de zorgverzekering.
- 9.7. De zorgverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met de apotheker, teneinde na te gaan of de eerste uitgiftegesprekken daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. De apotheker heeft verklaard dat op 21 januari, 30 januari en op 12 maart 2014 eerste uitgiftegesprekken zijn gevoerd. De zorgverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat hiermee is voldaan aan de eisen om het tarief voor een eerste uitgiftegesprek in rekening te mogen brengen.

- 9.8. Gelet op de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met nummer BR/CU-5102 omvat de prestatie 'eerste terhandstellingsgesprek' het volgende: "Het houden van een geprotocolleerd eerste terhandstellingsgesprek vóór de start van de betreffende farmacotherapie met de patiënt dan wel diens verzorger, waarbij de verwachtingen van de patiënt worden besproken. Aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie wordt aan de patiënt aangeboden en zo nodig verstrekt. (...)".
- 9.9. Door verzoeker is bestreden dat met hem gesprekken zijn gevoerd waarbij zijn verwachtingen zijn besproken. Ook is hem bij de verschillende gelegenheden geen aanvullende mondelinge informatie gegeven. De zorgverzekeraar - op wie in dezen de bewijslast rust - heeft niet aannemelijk gemaakt dat aan de minimumeisen van de beleidsregel van de NZa is voldaan. De enkele mededeling van de apotheker is niet voldoende om zulks aan te nemen. Genoemde handelingen dienen te zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier. Dat dit laatste is gebeurd, is gesteld noch gebleken. De commissie realiseert zich dat de bewijsvoering in kwesties als deze voor een zorgverzekeraar problematisch kan zijn. Dit kan echter worden ondervangen door bijvoorbeeld van de apotheek te verlangen dat de patiënt moet tekenen voor het feit dat in overeenstemming met de beleidsregel van de NZa is gehandeld.
- 9.10. De commissie is - gelet op het voorgaande - van oordeel dat verzoeker niet is gehouden de kosten van de eerste uitgiftegesprekken van drie keer € 6,- in het kader van het verplicht eigen risico aan de zorgverzekeraar te voldoen.

Ten aanzien van de partner van verzoeker

- 9.11. De partner van verzoeker is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2014 een bedrag van maximaal € 360,- 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 ten tijde van het bezoek aan het Orbis Medisch Centrum nog niet volledig was 'vol' gemaakt. Voorts staat vast dat de onderhavige kosten vallen onder de zorgvormen waarop het eigen risico van toepassing is.
- 9.12. De huisarts van de partner van verzoeker heeft het kennelijk geraden geacht de partner van verzoeker door te verwijzen naar het ziekenhuis. In die beslissing kan de commissie niet treden zodat ter beantwoording enkel de vraag resteert of de door het betreffende ziekenhuis gedeclareerde kosten terecht zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2014 van de partner van verzoeker. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.13. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het einde van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde DBC-code. De DBC-systematiek is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en heeft derhalve een wettelijke grondslag. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat het Orbis Medisch Centrum voor de genoten zorg een DBC-code heeft gebruikt met als declaratiecode 15B817. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. De onderhavige DBC is geopend op 13 januari 2014 en afgesloten op 12 april 2014. Aangezien verzoeker de juistheid van de gebruikte code en het bijbehorende tarief niet gemotiveerd heeft bestreden, neemt de commissie als vaststaand aan dat correct is gedeclareerd. Naar het oordeel van de commissie heeft de zorgverzekeraar de kosten van de DBC (€ 427,91) terecht met het verplicht eigen risico 2014 van de partner van verzoeker verrekend.
- 9.14. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de duur van het gesprek, de noodzaak van het consult, en de omstandigheid dat hij noch door zijn huisarts noch door het Orbis Medisch Centrum is gewaarschuwd voor de kosten, maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie

9.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker niet gehouden is de kosten van de eerste uitgiftegesprekken (drie keer € 6,--) in het kader van het verplicht eigen risico 2014 te voldoen.
Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.

9.16. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze zoals in 9.15 is verwoord.

10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 29 april 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk