

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Eigen risico, laboratoriumonderzoek, schadevergoeding
Zaaknummer : 2013.01651
Zittingsdatum : 18 december 2013

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 23 april 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een bedrag van € 292,82 ten laste te brengen van het verplicht eigen risico, waarvan een bedrag van € 267,63 betrekking heeft op laboratoriumkosten.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de vordering inzake de laboratoriumkosten, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 22 mei en 10 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 augustus 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 29 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 november 2013 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziekte-kostenverzekeraar hebben op 6 respectievelijk 21 november 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De huisarts van verzoeker heeft bij het laboratorium enkele onderzoeken aangevraagd. Het betreft de codes DF35, DB35, DH62 en BB43. De codes op het overzicht van het laboratorium komen niet overeen met hetgeen is aangevraagd. Er is namelijk meer onderzocht. De zorgverzekeraar heeft de kosten die bij hem rechtstreeks door het laboratorium zijn gedeclareerd echter vergoed en ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker gebracht.
- 4.2. Vanaf het moment dat verzoeker de nota via zijn zorgverzekeraar ontving, heeft hij navraag gedaan naar de juistheid ervan. Met schimmige onderbouwingen verwees een medewerkster hem door naar de huisarts en het laboratorium. De huisarts was bereid verzoeker afschriften van de aanvraag en de uitslagen te verstrekken. Hij kon echter niet zeggen of de declaratie van het laboratorium juist is.
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft onvoldoende ondernomen om de juistheid van de nota te onderzoeken. Het enkel afgaan op verklaringen van het laboratorium is daarvoor onvoldoende. De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat verzoeker een probleem heeft met een zorgverlener. De zorgverzekeraar heeft de kosten bij verzoeker gedeclareerd, zodat hij deze aanspreekt. De nota van het laboratorium wijkt af van de aanvraag, zodat de zorgverzekeraar dit moet onderzoeken.
- 4.4. Verzoeker vordert van de zorgverzekeraar het door het laboratorium teveel gedeclareerde bedrag van € 207,64, dat hij reeds in het kader van het verplicht eigen risico heeft betaald, alsmede de kosten van de door hem gemaakte arbeidsuren ten bedrage van € 240,-- (4 x € 60,--) en het betaalde entreegeld voor de onderhavige procedure ten bedrage van € 37,--.
- 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 huisarts van verzoeker vroeg op 15 februari 2013 laboratoriumonderzoeken aan. Er was sprake van een acute klacht. Omdat het een spoedaanvraag betrof, heeft het laboratorium onderzoek verricht door middel van de Polymerase Chain Reaction (PCR)-methode. Met deze methode zijn de uitslagen van de onderzoeken sneller bekend. De huisarts kan direct een behandeling starten als uit de laboratoriumuitslagen blijkt dat dit nodig is.
- 5.2. Het laboratorium moest onderzoeken welke bacterie de acute klacht veroorzaakte. Daarvoor was differentiatie noodzakelijk. Vanwege de differentiatie werden de onderzoeken CLAPCPR Giardia lamblia PCR, CLAPCPR Cryptosporidium parvum PCR, DF36 Salmonella PCR en DF37 Shigella/EIEC PCR uitgevoerd. Het onderzoek DF36 Seleniet (medium) was een noodzakelijke tussenstap om het onderzoeksmateriaal op te kweken teneinde de PCR-onderzoeken te kunnen uitvoeren.

- 5.3. De door de zorgverzekeraar gecontracteerde laboratoria maken gebruik van het landelijk declaratieprotocol. Het laboratorium dat het onderzoek voor de huisarts van verzoeker heeft uitgevoerd, declareert volgens de wettelijke tarieven en codes van de NZa bij de zorgverzekeraar. De arts-microbioloog bepaalt de onderzoeksmethode om de vraag van de huisarts te kunnen beantwoorden. Dit is niet aan de zorgverzekeraar.
- 5.4. In verband met de privacywetgeving mag de zorgaanbieder met beperkte gegevens bij de zorgverzekeraar declareren. De zorgverzekeraar mag niet naar de inhoud van de zorg informeren zonder uitdrukkelijke toestemming van de betrokken verzekerde. Daarom wordt aan verzekerden geadviseerd altijd eerst zelf bij de zorgaanbieder naar de declaratie te informeren.
- 5.5. De zorgverzekeraar heeft over het onderzoek vragen gesteld aan het laboratorium. Gelet op de reactie is de declaratie juist geweest. Indien verzoeker wenst dat het onderzoek wordt uitgebreid, kan hij de zorgverzekeraar een machtiging geven voor het opvragen van zijn onderzoeksgegevens bij het laboratorium. Hij kan de gegevens ook zelf bij het laboratorium opvragen.
- 5.6. De zorgverzekeraar is niet bereid verzoeker een vergoeding te geven voor zijn arbeidsuren. Hij is namelijk van mening dat het laboratorium juist heeft gedeclareerd. Bovendien zijn de zorgverzekeraar en verzoeker gezamenlijk verantwoordelijk voor een goed en juist verloop van de procedure. Dit kan kosten en tijd met zich brengen die voor eigen rekening blijven.
- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 16 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 verzoeker gehouden is het bedrag van € 267,63 voor het uitgebreide laboratoriumonderzoek volledig aan de zorgverzekeraar te voldoen, en of hij aanspraak heeft op een schadevergoeding en vergoeding van het betaalde entreegeld.
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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg en diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

3 Op de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg, die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 350,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:

- de kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen;*
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;*
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;*
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.*

Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

a een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;

b vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

- nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;*
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. (...)*

- 8.4. Artikel 21 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op huisartsenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.”

- 8.5. Artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering en 21 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

- 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 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. Vast staat dat het laboratoriumonderzoek valt onder de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering en dat de hiermee gemoeide kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico, zodat verzoeker in beginsel gehouden is deze te betalen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of het laboratorium de juiste onderzoeken heeft uitgevoerd en terecht heeft gedeclareerd.
- 9.2. De commissie stelt voorop dat zij geen uitspraken doet over een geschil met een zorgaanbieder. Aangezien de huisarts van verzoeker een aanvraag heeft ingediend voor een onderzoek door het laboratorium, bestaat ook tussen het laboratorium en verzoeker een (behandel)relatie. Op basis hiervan kan verzoeker het laboratorium aanspreken op eventueel gemaakte fouten. Voor zover het geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, overweegt de commissie het volgende.
- 9.3. Gelet op het naturakarakter van artikel 21 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, ligt het op de weg van de zorgverzekeraar – eventueel na een verzoek hiertoe van een verzekerde – onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van de declaratie van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. In dit geval heeft hij hieraan voldaan door vragen te stellen aan het laboratorium, en zijn medisch adviseur de antwoorden te laten beoordelen. Aangezien verzoeker aan de zorgverzekeraar geen machtiging heeft verleend voor inzage in zijn medisch dossier, kon de zorgverzekeraar geen uitgebreider onderzoek uitvoeren. Laatstgenoemde heeft daarom, binnen de gegeven mogelijkheid daartoe, aan zijn zorgplicht voldaan. Het is aan verzoeker om, na kennis te hebben genomen van de bevindingen van de zorgverzekeraar, aan nemelijk te maken dat de conclusie van de zorgverzekeraar dat het aangevraagde onderzoek is uitgevoerd en dat juist is gedeclareerd, niet correct is. Hierin is hij niet geslaagd zodat het volledige notabedrag van € 267,63 terecht is verrekend met het verplicht eigen risico.
- 9.4. Aangezien het verzoek met betrekking tot de kosten van het laboratoriumonderzoek wordt afgewezen, heeft verzoeker geen recht op een schadevergoeding. Het zelfde geldt met betrekking tot de gevorderde vergoeding van het betaalde entreegeld.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2013,

Voorzitter