



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Eigen risico, geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 201402607
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

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

tegen




- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af C1000 Polis twee sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 augustus 2012 een bedrag van totaal € 109,89 bij verzoeker in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor 2012.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 14 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 18 maart 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 16 juni 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de vordering van € 109,89 niet terecht is, zodat hij niet is gehouden dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen (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 18 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2015 aan verzoeker gezonden.


-  3.7. Verzoeker heeft op 27 augustus 2015 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 3 september en 20 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker een bedrag van € 109,89 in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2012. Uit navraag bij de ziektekostenverzekeraar en het Groene Hart ziekenhuis is het verzoeker gebleken dat deze kosten betrekking hebben op een op 22 februari 2012 uitgevoerd bloed- en urineonderzoek. Verzoeker stelt dat op genoemde datum een dergelijk onderzoek niet heeft plaatsgevonden. De kosten van dit onderzoek zijn dan ook ten onrechte bij hem in rekening gebracht.


 4.2. Verder voert verzoeker aan dat hij zijn klacht ter beoordeling heeft voorgelegd aan de klachtencommissies van de huisarts en het ziekenhuis, maar deze hebben zijn klacht ongegrond verklaard.


 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de betreffende declaratie pas na zes maanden heeft ontvangen, in augustus 2012. Van een onderzoek weet verzoeker niets, er is bij hem geen bloed geprikt. Voorts stelt verzoeker dat zijn huisarts niet wil verklaren dat hij opdracht heeft gegeven voor laboratoriumonderzoeken.

 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 staat in polisvoorwaarden beschreven dat laboratoriumonderzoeken op aanvraag van een medisch specialist of huisarts voor vergoeding in aanmerking komen en worden aangemerkt als verzekerde zorg. Dit betekent echter niet dat deze onderzoeken ook zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling.

 5.2. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie blijkt dat de huisarts het Groene Hart ziekenhuis heeft gevraagd de op 16 februari 2012 bij verzoeker afgenomen bloed en urine te onderzoeken. Het Groene Hart ziekenhuis heeft de aanvraag met het bloed ontvangen en het onderzoek is op 22 februari 2012 uitgevoerd. Vervolgens heeft het ziekenhuis de uitslag van het onderzoek op 2 maart 2012 elektronisch gerapporteerd aan de huisarts.

 5.3. Voor het laboratoriumonderzoek heeft het ziekenhuis een bedrag van totaal € 109,89 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Omdat op dat moment het verplicht eigen risico 2012 van verzoeker nog niet was volgemaakt, is genoemd bedrag bij hem in rekening gebracht.

 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt herhaald.

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 16 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, welk artikel volgens de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op 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 kosten van het onderhavige laboratoriumonderzoek al dan niet dienen te worden betrokken bij de berekening van het wettelijk verplicht eigen risico 2012 van verzoeker.

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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 21 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 21 Huisartsenzorg

U heeft 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."

8.4. Artikel 7 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2012) regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 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 € 220,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

*7.3 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 € 220,- ingehouden. Het eigen risico wordt niet ingehouden op:
(...)"*

8.5. De artikelen 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. 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.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 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 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. De commissie is op grond van het toepasselijke reglement niet bevoegd te treden in een handelen of nalaten van een zorgaanbieder, zodat niet kan worden beoordeeld of de door het ziekenhuis in rekening gebrachte verrichtingen ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar het gedeclareerde bedrag aan het ziekenhuis heeft vergoed, en hij dit vervolgens deels heeft verrekend met het toepasselijke verplicht eigen risico voor 2012, heeft verzoeker wel een financieel belang. Ten aanzien van de vraag of de ziektekostenverzekeraar terecht tot verrekening is overgegaan geldt het volgende.

9.2. Vast staat dat bij verzoeker regelmatig bloed en urine worden afgenomen en dat dit wordt onderzocht in het laboratorium van het Groene Hart ziekenhuis. Uit de brief van de klachtencommissie van het ziekenhuis van 12 maart 2013 blijkt dat het laboratorium van het ziekenhuis het bloed en de urine van verzoeker op 22 februari 2012 heeft onderzocht. De uitslagen van dit onderzoek zijn op 2 maart 2012 verstuurd naar de huisarts van verzoeker. Uit het overgelegde dossier van de huisarts blijkt dat deze de uitslagen van het onderzoek heeft ontvangen en beoordeeld. Gezien het voorgaande acht de commissie het voorshands aannemelijk dat op 22 februari 2012 in het Groene Hart ziekenhuis laboratoriumonderzoek van het bloed en de urine van verzoeker heeft plaatsgevonden.

9.3. Het is vervolgens aan verzoeker het tegendeel aannemelijk te maken doch hierin is hij niet geslaagd met de enkele - niet nader onderbouwde - stelling dat bij hem op 16 februari 2012 geen bloed en urine zijn afgenomen.
Aangezien de kosten van het laboratoriumonderzoek niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling dienen deze te worden betrokken in de berekening van het eigen risico. Niet gebleken is dat het verplicht eigen risico 2012 van verzoeker reeds was 'volgemaakt'. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van het laboratoriumonderzoek dan ook terecht ten laste van het verplicht eigen risico 2012 van verzoeker gebracht.

Conclusie

9.4. 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 november 2015,



A.I.M. van Mierlo

