



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar
U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Eigen risico, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 201402565
Zittingsdatum : 19 augustus 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, 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 Zorg-op-maatpolis (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 Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij specificatie van 3 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker bedragen van € 39,70 en € 53,93 in rekening gebracht met betrekking tot het verplicht eigen risico voor het jaar 2013.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de betreffende vordering en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 september 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 16 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de bedragen van € 39,70 en € 53,93 ten onrechte van hem vordert (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 - binnen de gestelde termijn - van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt. Ook nadat de commissie de ziektekostenverzekeraar een herinnering had gestuurd met een nieuwe termijn, kwam er geen tijdige reactie. Eerst bij brief van 18 juni 2015 heeft

de ziektekostenverzekeraar een nadere reactie gegeven op het onderhavige geschil. De commissie heeft op 1 juli 2015 besloten dat voornoemde reactie tardief is en dus niet in de procedure wordt betrokken. De brief van 18 juni 2015 is daarom op 2 juli 2015 aan de ziektekostenverzekeraar geretourneerd.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juli 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.

3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij bekend is met diabetes type 2 en al enige tijd het geneesmiddel Metformine gebruikt. Naar aanleiding van het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar moest verzoeker overstappen van het merk Sandoz naar het merk Pharmachemie. Verzoeker stelt dat als gevolg van deze wijziging zijn glucosewaarden zijn veranderd en dat om die reden laboratoriumonderzoeken zijn aangevraagd en uitgevoerd.

4.2. Verzoeker licht toe dat hij direct aan de ziektekostenverzekeraar kenbaar heeft gemaakt dat de wijziging van zijn glucosewaarden het rechtstreekse gevolg is geweest van het preferentiebeleid. Verzoeker stelt dat de uitslagen van de laboratoriumonderzoeken dit bevestigen. Nadat verzoeker zijn oude medicatie weer ging gebruiken, namen de waarden direct de juiste hoogte aan. Verzoeker stelt dat de bloedonderzoeken niet nodig waren, aangezien hij van begin af aan heeft gezegd dat de stijging van de waarden aan de verandering van zijn medicatie lag.

4.3. Verzoeker stelt daarnaast het betreuenswaardig te vinden dat hij rekeningen ontvangt van zijn ziektekostenverzekeraar die meer dan één jaar oud zijn. Het is voor hem niet meer mogelijk deze rekeningen op juistheid te controleren.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het wellicht verstandiger was geweest als de ziektekostenverzekeraar contact had opgenomen met zijn huisarts. Er was namelijk wel degelijk een wijziging in de bloedwaarden als gevolg van de wisseling van het geneesmiddel en de huisarts kan dit bevestigen.

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. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat normaal gesproken zonder probleem van het ene generieke middel op het andere kan worden overgestapt, zonder dat dit consequenties heeft. Uit de onderzoeken blijkt dat de HbA1c waarden nagenoeg gelijk zijn gebleven, zodat de verandering van generiek middel geen invloed heeft gehad. De wisselende glucosewaarden kunnen verband houden met de inname van suikerhoudende voedingsmiddelen of vloeistoffen. Op het preferentiebeleid kunnen uitzonderingen worden gemaakt; dit dient dan wel door de huisarts op het recept te worden aangegeven.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt te betreuren dat er enige tijd zit tussen de laboratoriumonderzoeken en het verzenden van de nota met betrekking tot het eigen risico. Aangezien de ziektekostenverzekeraar pas in september 2014 de nota van het Diagnostisch Behandel Centrum B.V. heeft ontvangen, was hij eerst toen in de gelegenheid de kosten van het onderzoek te verrekenen met het eigen risico voor 2013 van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar constateert dat dit terecht is gebeurd.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet is gebleken dat de verandering in de bloedwaarden een rechtstreeks gevolg is van het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar 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 tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In het geschil is of verzoeker is gehouden ter zake van het verplicht eigen risico voor het jaar 2013 bedragen van € 39,70 en € 53,93 voor laboratoriumonderzoeken aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel A.12 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:
- "A.12.1. Hoogte eigen risico
Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,-- voor een heel jaar (...)
Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 350,-- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. (...)*
- A.12.2. Verrekening eigen risico
De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten. (...)"*
- 8.3. Artikel A.12 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Het eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw, en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.5. 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 
- 9.1. Verzoeker is, ingevolge artikel A12 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, voor het kalenderjaar 2013 een bedrag van maximaal € 350,-- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Niet in geschil is dat dit eigen risico nog niet was volgemaakt. Daarnaast staat vast dat de kosten van de laboratoriumonderzoeken zoals deze zijn uitgevoerd, vallen onder de zorgvormen waarop het eigen risico van toepassing is.
- 
- 9.2. De onderhavige kosten zijn bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Deze heeft de nota voldaan en de kosten - vanwege het eigen risico - tijdig bij verzoeker in rekening gebracht. Dat enige tijd verstreken is tussen het uitvoeren van de laboratoriumonderzoeken en het in rekening brengen van het eigen risico hierover door de ziektekostenverzekeraar, doet hieraan niet af.
- 
- 9.3. Door verzoeker is gesteld dat de kosten van de laboratoriumonderzoeken een rechtstreeks gevolg zijn van het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde preferentiebeleid, zodat deze niet - in de vorm van het eigen risico - op hem mogen worden verhaald. Vaststaat dat bij verzoeker hogere glucosewaarden zijn geconstateerd. Dat daarom is besloten de laboratoriumonderzoeken te laten uitvoeren, is een medische beoordeling waarin de commissie niet kan treden. Gezien de uitkomst van deze onderzoeken, treft de stelling van verzoeker dat de hogere glucosewaarden een gevolg waren van de wijziging van medicatie geen doel. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker onvoldoende is bestreden, zijn althans de HbA1c waarden nagenoeg gelijk gebleven en kan hieruit de conclusie worden getrokken dat het preferente middel even effectief was als het voordien en daarna door verzoeker gebruikte niet-preferente middel. Dat de verhoging van de glucosewaarden een direct gevolg was van de wijziging is niet aannemelijk geworden. Dit blijkt ook niet uit de door verzoeker overgelegde verklaring van de huisarts.

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, 9 september 2015,



P.J.J. Vonk