



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg  
Zaak : Eigen risico, laboratoriumonderzoeken, specificatie declaraties  
Zaaknummer : 201701688  
Zittingsdatum : 7 februari 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, NZa - Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-007))

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, 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 OHRA Zorgverzekering Restitutie (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 13 juli 2017 medegedeeld dat een bedrag van totaal € 68,95, ter zake van laboratoriumonderzoeken op 21 maart 2017 respectievelijk 19 juni 2017 en aan hem afgeleverde medicijnen, ten laste van zijn verplicht eigen risico 2017 zijn gebracht.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar te kennen gegeven het niet eens te zijn met het in rekening gebrachte bedrag en om een correctie gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 augustus 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker uitleg gegeven over de verrekening met het verplicht eigen risico 2017 en hem medegedeeld zijn vordering te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 14 augustus 2017 heeft verzoeker de zorgverzekeraar nogmaals om heroverweging van de onder 3.1 vermelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 september 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brieven van 12 september 2017 en 20 oktober 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie), naar de commissie begrijpt, verzocht te bepalen dat (i) de kosten van het laboratoriumonderzoek dat op 21 maart 2017 heeft plaatsgevonden ten onrechte twee maal met het verplicht eigen risico 2017 zijn verrekend en door verzoeker zijn voldaan, zodat het teveel betaalde bedrag dient te worden gerestitueerd, alsmede (ii) te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is aan verzoeker beter gespecificeerde declaraties te verstrekken (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 4 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 januari 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 januari 2018 schriftelijk medegedeeld te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 30 januari 2018 schriftelijk medegedeeld alsnog telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker is op 7 februari 2018 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2016 en 2017 totaal zes laboratoriumonderzoeken ondergaan bij de Stichting Huisartsen Laboratorium (SHL), te weten op 1 februari 2016, 25 maart 2016, 22 juni 2016, 19 september 2016, 31 december 2016, 21 maart 2017 en 19 juni 2017. De zorgverzekeraar heeft de kosten van deze laboratoriumonderzoeken en de kosten van aan verzoeker verstrekte medicijnen met het verplicht eigen risico 2016 en 2017 verrekend.  
Volgens verzoeker is de declaratie van 13 juli 2017 - waarbij een bedrag van € 68,95 ter zake van onder andere de laboratoriumonderzoeken op 21 maart 2017 en 19 juni 2017 bij hem in rekening is gebracht - niet juist. De kosten van het laboratoriumonderzoek dat op 21 maart 2017 heeft plaatsgevonden zijn al in april 2017 door hem voldaan. Verzoeker voldoet de kosten namelijk steeds in de maand nadat het betreffende laboratoriumonderzoek heeft plaatsgevonden. Hij verwijst in dit verband naar een door hem opgesteld overzicht.  
Verzoeker heeft de zorgverzekeraar telefonisch en schriftelijk verzocht de declaratie van 13 juli 2017 te corrigeren. Bovendien stonden op deze declaratie alleen codes vermeld, waardoor het voor verzoeker onduidelijk was op welke zorg de kosten betrekking hadden. Hij heeft de zorgverzekeraar, met betrekking tot alle declaraties van 2017 om een specificatie gevraagd zodat hij kan nagaan op welke datum en bij welke zorgverlener hij welke zorg heeft genoten.  
Nadat de zorgverzekeraar niet tot een correctie was overgegaan, heeft verzoeker op 31 juli 2017 het bedrag van € 68,95 toch maar betaald. Omdat verzoeker hierdoor feitelijk twee keer de kosten van het onderzoek op 21 maart 2017 heeft voldaan, meent hij recht te hebben op restitutie van het teveel betaalde bedrag van € 36,65.
- 4.2. Verzoeker voelt zich door de zorgverzekeraar misleid en stelt dat de zorgverzekeraar misbruik maakt van zijn machtspositie. De stelling van de zorgverzekeraar dat de ten behoeve van verzoeker gemaakte zorgkosten pas na drie maanden worden verrekend met het eigen risico is volgens verzoeker niet juist. Hij verwijst in dit verband naar het door hem opgestelde declaratieoverzicht in zijn brief van 15 juli 2017 aan de zorgverzekeraar. Verzoeker merkt verder op dat op 2 oktober 2017 wederom een laboratoriumonderzoek en een controle door de doktersassistente hebben plaatsgevonden in de praktijk van de huisarts. De kosten van dit onderzoek zijn door de huisarts niet in rekening gebracht, waardoor verzoeker, in tegenstelling tot voorheen, van de zorgverzekeraar geen nota ter zake van het verplicht eigen risico 2017 heeft ontvangen. Dit bevestigt volgens

verzoeker dat de laatste declaratie ter zake van het verplicht eigen risico 2017 betrekking had op de laboratoriumonderzoeken van juli 2017.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij niet stelt dat hij kosten dubbel heeft betaald. Daarnaast gevraagd heeft hij toegelicht dat het probleem is, dat de nota's van de zorgverzekeraar hem onvoldoende inzicht geven in de onderliggende facturen die zijn toegezonden door de zorgaanbieders. Op de nota's staat enkel vermeld wie de zorg heeft verleend, en wanneer de zorg is verleend.

Verzoeker merkt op dat in maart 2017 een uitgebreid laboratoriumonderzoek heeft plaatsgevonden, maar de in april 2017 gefactureerde kosten betroffen een niet-uitgebreid laboratoriumonderzoek. In juni was dit andersom. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verklaard dat het voorgaande onder de streep niet tot een verschil leidt.

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

## 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. In artikel A.12.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat het eigen risico van toepassing is op kosten van onderzoek dat met huisartsenzorg te maken heeft, maar welke zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht.

- 5.2. Aan verzoeker is op 13 juli 2017 een declaratie van € 68,95 gestuurd ter zake van het verplicht eigen risico 2017. Dit bedrag ziet op laboratoriumonderzoeken die op 21 maart 2017 en 19 juni 2017 hebben plaatsgevonden en voorts op aan verzoeker verstrekte medicijnen.

Op 9 april 2017 bracht de zorgverzekeraar € 32,60 bij verzoeker in rekening voor het laboratoriumonderzoek op 23 december 2016, en op 12 januari 2017 werd hem € 32,52 berekend voor het laboratoriumonderzoek op 19 september 2016.

Volgens de zorgverzekeraar zijn alle bij verzoeker in rekening gebrachte bedragen met betrekking tot de door hem in 2016 en 2017 ondergane laboratoriumonderzoeken correct. Bovendien zijn deze kosten terecht verrekend met het verplicht eigen risico, omdat de betreffende onderzoeken niet in de praktijk van de huisarts van verzoeker zijn uitgevoerd. De zorgverzekeraar verwijst naar een overzicht, afkomstig uit zijn administratie. Ter verduidelijking van de met het eigen risico verrekende kosten heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker afschriften van de betreffende declaratiebrieven en een specificatie van de kosten van de laboratoriumonderzoeken gezonden.

De zorgverzekeraar merkt nog op niet standaard inhoudelijke gegevens over de declaratie te vermelden. Verzoeker kan een gespecificeerde nota opvragen bij de zorgverlener. Indien hij het niet eens is met de hoogte van de berekende kosten, dient verzoeker zich tot de zorgaanbieder te wenden. Een eventuele correctie moet door de zorgaanbieder worden verricht, waarna de zorgverzekeraar het met het eigen risico verrekende bedrag kan corrigeren.

- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de nota's voor het verschuldigde eigen risico voldoende duidelijk blijkt waarop de kosten betrekking hebben. De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker het vervelend vindt dat pas drie maanden na het laboratoriumonderzoek de kosten als het eigen risico bij hem in rekening worden gebracht. Er is echter door de zorgverzekeraar gekozen voor een bepaald systeem. Bovendien is de zorgverzekeraar afhankelijk van de facturering van de zorgaanbieder. Er wordt alleen eigen risico in rekening gebracht over hetgeen door de zorgaanbieder is gedeclareerd.

- 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.22.2 van de 'algemene voorwaarden' 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 (i) of de kosten van het laboratoriumonderzoek op 21 maart 2017 twee keer met het verplicht eigen risico 2017 zijn verrekend en door verzoeker tweemaal zijn voldaan, zodat restitutie van het te veel betaalde bedrag van € 36,65 dient plaats te vinden, en (ii) of de zorgverzekeraar is gehouden aan verzoeker beter gespecificeerde declaraties te zenden.



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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.



- 8.3. Artikel B.3.1. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Zorg: waar hebt u recht op?*

*De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:*

*(...)*

- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;*

*(...)*



*Let op!*

- De zorg omvat niet:*

*(...)*

*o laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een ziekenhuis- of zelfstandig laboratorium, ook al vindt dat plaats op verzoek van de huisarts. Dit onderzoek is geen huisartsenzorg maar is medisch specialistische zorg (zie artikel B.4.) en valt onder het eigen risico.*

*(...)"*



- 8.4. Artikel B.5.4.3. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname en luidt, voor zover hier van belang:

*"Zorg: waar hebt u recht op?*

*De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:*

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, (...)*

*Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:*

*(...)*

- laboratoriumonderzoek*

*(...)*



*Let op!*

*(...)*

- De zorg valt onder het eigen risico.*

*(...)"*



- 8.5. Artikel A.12. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:



*"A.12.1. Hoogte eigen risico*

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7. Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit 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.(...)*

#### *A.12.3. Geen eigen risico*

*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 € 385,- 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 kosten die met huisartsenzorg te maken hebben, maar welke zorg 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.  
(...)"*

- 8.6. De artikelen A.12, B.3. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties , bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.  
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 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 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.

- 8.9. De ten tijde van het ontstaan van het geschil geldende Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-007) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vermeldt onder 17.3 het volgende:


*“Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:*

- a. achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;*
- b. de zorgaanbieder;*
- c. de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;*
- d. datum van behandeling;*
- e. bedrag gedeclareerde kosten;*
- f. waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);*
- g. resterend bedrag eigen risico.”*


De thans geldende Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-010) van de NZa bevat onder 17.3 een tekst van gelijke strekking.

## 9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. De commissie leidt uit de stukken af dat de zorgverzekeraar kosten met betrekking tot aan verzoeker verstrekte medicijnen en door hem ondergane laboratoriumonderzoeken met het verplicht eigen risico 2017 heeft verrekend. De commissie stelt allereerst vast dat tussen partijen geen geschil bestaat over de verrekening van de kosten van de aan verzoeker afgeleverde medicijnen met het verplicht eigen risico. Verder stelt de commissie vast dat niet in geding is dat de kosten van de laboratoriumonderzoeken in 2017, die *niet* in de praktijk van de huisarts zijn verricht, onder het verplicht eigen risico vallen en dat het verplicht eigen risico 2017 van verzoeker tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog (gedeeltelijk) open stond. Het geschil heeft derhalve uitsluitend betrekking op de vraag of (i) de kosten van het laboratoriumonderzoek op 21 maart 2017 door de zorgverzekeraar twee keer met het verplicht eigen risico 2017 zijn verrekend - en door verzoeker zijn voldaan -, zodat hij aanspraak heeft op restitutie van het door hem ter zake te veel betaalde bedrag van € 36,65, en (ii) de zorgverzekeraar is gehouden aan verzoeker beter gespecificeerde declaraties te zenden. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij de kosten van het laboratoriumonderzoek op 21 maart 2017 al in april 2017 had voldaan, zodat hij de betreffende kosten - die bij declaratie van 13 juli 2017 met het verplicht eigen risico 2017 zijn verrekend en op 31 juli 2017 door verzoeker (nogmaals) zijn voldaan - feitelijk twee keer heeft betaald. Ter zitting heeft verzoeker evenwel verklaard dat hij niet (langer) stelt dat hij de betreffende nota tweemaal heeft betaald. Daarom is dit punt thans niet meer in geschil.  
Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat op de nota's van april en juni 2017 ter zake van het eigen risico de bedragen zijn verwisseld. De commissie sluit niet uit dat dit het geval is, maar dit wordt in het midden gelaten, omdat (i) het per saldo gelijk is, en (ii) het probleem van verzoeker zich richt op het feit dat hij vindt dat hij onvoldoende inzicht heeft in de onderliggende facturen.
- 9.3. Voor zover verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar aan hem beter gespecificeerde declaraties dient te zenden, merkt de commissie op dat de huidige vermelding op het declaratieoverzicht ter zake van het eigen risico - de Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de NZa in aanmerking nemend -, in beginsel volstaat. Bovendien is indertijd door het toenmalige College Bescherming Persoonsgegevens geoordeeld dat een registratie die verder gaat dan een vermelding van de zorgvorm strijdig is met de vigerende privacywetgeving. Overigens heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker desgevraagd specificaties van de betreffende laboratoriumkosten verstrekt, waarin is vermeld welke verrichtingen tegen welk bedrag in rekening zijn gebracht. De commissie is van oordeel dat verzoeker - anders dan hij kennelijk meent -

 daarmee op voldoende wijze is geïnformeerd en dat van de zorgverzekeraar, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, in redelijkheid niet meer of anders kan worden gevraagd.

**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, 7 maart 2018,

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 A.I.M. van Mierlo