

Anoniem BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
C, tegen D te E en F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2011.00980
Zittingsdatum : 23 november 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, artt. 3:36 en 3:37 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde 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 waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 4 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek ten behoeve van verzekerde, groot € 634,73 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 28 juli 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 september 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011100123) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen omdat geen sprake is van huisartsenzorg of medisch-specialistische zorg zoals huisartsen respectievelijk medisch-specialisten die plegen te bieden, aangezien het laboratoriumonderzoek is aangevraagd door een natuurgeeneeskundig arts.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 november 2011 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid is geen gebruik gemaakt door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Verzoekster is op 23 november 2011 telefonisch gehoord, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 24 november 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 29 november 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Op 21 september 2010 heeft het laboratoriumonderzoek ten behoeve van verzekerde plaatsgevonden in Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de door de behandelend natuurgeeneeskundig arts van verzekerde aangevraagde onderzoeken eerder wél heeft vergoed. Indien zij had geweten dat de onderhavige nota niet zou worden vergoed, had zij de aanvraag via de huisarts laten lopen, om op die manier problemen te voorkomen. Verzoekster begrijpt dat voorwaarden kunnen veranderen, maar het onderhavige laboratoriumonderzoek is uitgevoerd op 21 september 2010, en de behandelend arts heeft eerst op 25 september 2010 een bericht van de ziektekostenverzekeraar ontvangen dat door haar aangevraagde onderzoeken niet meer worden vergoed. Het bevreemdt verzoekster dat dit met terugwerkende kracht wordt toegepast, en dat de nota van het laboratoriumonderzoek niet wordt vergoed. Verzoekster stelt dat het voor haar op 21 september 2010 niet kenbaar was en ook niet kon zijn dat het labora-

toriumonderzoek niet zou worden vergoed. Derhalve dient de onderhavige nota alsnog volledig te worden vergoed.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde sinds haar geboorte last heeft van eczeem. Zij wordt behandeld via het reguliere en het alternatieve circuit. Er is een onderzoek aangevraagd, omdat bacteriën wel eens de oorzaak van de klachten konden zijn. Achter gezien ware het beter geweest het onderzoek via de dermatoloog aan te vragen, omdat de kosten dan gewoon zouden zijn vergoed. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar een professionele partij is, en hij had haar – uit hoofde van zijn zorgplicht – tijdig moeten informeren over de wijziging van de voorwaarden. Dit is echter nagelaten. Deze wijziging van de voorwaarden kan derhalve niet met terugwerkende kracht worden gerealiseerd. Tot slot voert verzoekster aan dat de ziektekostenverzekeraar op lichtvaardige en onprofessionele wijze met de kwestie omgaat.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat laboratoriumonderzoek is opgenomen in de vergoedingsregeling van medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Dit betekent dat laboratoriumonderzoek moet plaatsvinden in opdracht van een medisch specialist of huisarts. Indien andere aanvragers opdracht geven voor deze onderzoeken bestaat geen recht op vergoeding. In het geval van verzekerde is het laboratoriumonderzoek geschied in opdracht van een natuurgeneeskundige, zodat de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking komen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar beaamt dat de kosten van het laboratoriumonderzoek eertijds wel zijn vergoed. Destijds was Stichting Medisch Centrum Rhijnduinen een nog gecontracteerde zorgverlener, zodat de kosten rechtstreeks konden worden gedeclareerd. Het contract met Stichting Medisch Centrum Rhijnduinen is echter in november 2010 met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2010 ontbonden, omdat onterechte declaraties werden ingediend. De ziektekostenverzekeraar stelt hiermee aan zijn plicht te hebben voldaan om doelmatige en adequate zorg te bieden tegen een marktconforme prijs. Het belang van de gemeenschap gaat in een dergelijk geval vóór het belang van individuele verzekerden. Bovendien had verzoekster kunnen weten dat de genoten zorg feitelijk niet voor vergoeding in aanmerking kwam. Deze omissie komt voor haar rekening en risico. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat de zorgverlener op het moment van de behandeling kon weten dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het laboratoriumonderzoek ad € 634,73 alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.

De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering.

Artikel 4 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg (poliklinisch) bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

"Artikel 4 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- Medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- De bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medische specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

(...)"

Artikel 22 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

"Artikel 22 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."

8.3. De artikelen 4 en 22 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).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Aanspraak op laboratoriumonderzoek bestaat indien dit onderzoek wordt geënta-meerd door de huisarts of behandelend specialist. In het onderhavige geval is een laboratoriumonderzoek uitgevoerd ten behoeve van verzekerde, welk onderzoek is aangevraagd door een natuurgeneeskundig arts. Een natuurgeneeskundig arts is geen huisarts of medisch specialist zoals bedoeld in de artikelen 22 en 4 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoe-ding van de kosten van het laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

Werking privaatrecht

9.3. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar eerdere onderzoeken die door de behandelend natuurgeneeskundig arts van verzekerde zijn aangevraagd, wel heeft vergoed. Dit is door de ziektekostenverzekeraar ook erkend. Verzoekster heeft verder gesteld dat het zij voorafgaand aan het laboratoriumonderzoek niet wist en niet kon weten dat de kosten daarvan niet langer zouden worden vergoed. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.4. Het onderhavige laboratoriumonderzoek is uitgevoerd op 21 september 2010. Eerst op 25 september 2010 heeft de behandelend natuurgeneeskundig arts van verzekerde een bericht gekregen van de ziektekostenverzekeraar dat door haar aangevraagde onderzoeken met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2010 niet meer zullen worden vergoed. Derhalve kan verzoekster niet worden tegengeworpen dat zij op grond van de polisvoorwaarden had moeten weten dat de genoten zorg niet voor vergoe-ding in aanmerking kwam. De zorgverlener was immers door de ziektekostenverzeke-raar gecontracteerd. Voorts zijn de polisvoorwaarden niet tussentijds gewijzigd, en is de betreffende zorg gedurende enkele jaren tot en met halverwege 2010 vergoed. Dat deze vergoeding, naar de ziektekostenverzekeraar thans stelt, ten onrechte werd verleend doet aan het voorgaande niet toe of af. De commissie concludeert dat ver-zoekster er op het moment van het laboratoriumonderzoek op mocht vertrouwen dat dit volledig zou worden vergoed.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter