

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2011.01008
Zittingsdatum : 11 januari 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P. Ch. van Dijk 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)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 ter hoogte van € 551,95 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 1 februari 2011 en 10 februari 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 brieven van 7 maart 2011 en 13 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 10 september 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 december 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 november 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 25 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011118982) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet is af te leiden dat er een geldige verwijzing naar de neuroloog was. Er kan geen uitspraak worden gedaan over de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie. Het CVZ merkt nog op dat alternatieve zorg geen verzekerde zorg is.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 december 2011 en 8 december 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.
Verzoekster heeft op 11 december 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Op 29 september 2010 heeft laboratoriumonderzoek plaatsgevonden bij Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: MCR).
 - 4.2. Verzoekster stelt dat zij voorafgaand aan het onderzoek op 29 september 2010 bij de neuroloog heeft geïnformeerd naar de vergoeding. Hij verklaarde dat zijn patiënten het bloedonderzoek altijd vergoed krijgen. Het laboratoriumonderzoek werd uitgevoerd, en pas op 10 januari 2011 ontving verzoekster van het MCR de rekening ter hoogte van € 551,95, waarbij haar werd medegedeeld dat rechtstreeks declareren niet meer mogelijk was.
 - 4.3. Verzoekster heeft diverse keren contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en het MCR, waarbij zij vernam dat er problemen waren tussen de ziektekostenverzekeraar en het MCR. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster verzocht informatie omtrent de aanvrager van het onderzoek te sturen. Verzoekster heeft meerdere malen de rekening met daarbij alle mogelijke informatie ingestuurd.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de rekening aanvankelijk niet vergoed, omdat de aanvrager een natuurarts zou zijn. Nadien werd haar medegedeeld dat sinds 1 augustus 2010 geen contract meer is met het MCR en dat om die reden geen vergoeding werd verleend. Volgens verzoekster werd haar opnieuw verzocht aanvullende informatie te sturen over de aanvraag. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar coulancehalve 80% van de rekening vergoed, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 441,56. Daarbij is vermeld dat zij feitelijk geen recht heeft op vergoeding van het laboratoriumonderzoek, omdat het is aangevraagd in het kader van een natuurgeneeskundige of alternatieve geneeskundige behandeling.
- 4.5. Verzoekster voert aan dat zij altijd in de veronderstelling was dat zij zich tot een neuroloog had gewend. Zij consulteerde deze specialist voor een second opinion. Toen deze het laboratoriumonderzoek voorstelde, deelde hij mede dat de kosten zouden worden vergoed ten laste van de zorgverzekering aangezien hij als medisch specialist bevoegd was dergelijke onderzoeken aan te vragen. Lopende de kwestie blijkt dat de specialist heeft gesteld dat hij in zijn hoedanigheid als neuraaltherapeut het laboratoriumonderzoek heeft aangevraagd, én dat hij op de hoogte was van het feit dat het contract tussen het MCR en de ziektekostenverzekeraar was beëindigd. Volgens verzoekster is dit in strijd met de waarheid, en derhalve onbehoorlijk. Zij voelt zich de dupe van een meningsverschil tussen de specialist, het MCR en de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar steeds verschillende argumenten gebruikt om de vergoeding af te wijzen. Voorts stelt verzoekster dat wel sprake was van een contract tussen de ziektekostenverzekeraar en het MCR ten tijde van het laboratoriumonderzoek. Tot slot stelt verzoekster dat zij gegeven de omstandigheden erop mocht vertrouwen dat het laboratoriumonderzoek volledig zou worden vergoed. Zij kon op het moment van het onderzoek niet weten dat de ziektekostenverzekeraar het contract met het MCR met terugwerkende kracht zou beëindigen, én daarmee alle vergoedingen zou stopzetten. De onderhavige rekening dient daarom alsnog volledig te worden vergoed.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op vergoeding van laboratoriumonderzoek bestaat aanspraak indien dit onderzoek in opdracht van een medisch specialist of huisarts plaatsvindt. In het geval van verzoekster is het onderzoek geschied in opdracht van een alternatief genezer, zodat geen recht bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij duidelijk heeft gemaakt welke argumenten ten grondslag liggen aan zijn beslissing om vergoeding af te wijzen. Deze zijn – in tegenstelling tot wat verzoekster stelt – niet steeds gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar erkent dat de kosten van het laboratoriumonderzoek eerder inderdaad zijn vergoed. Destijds was het MCR nog een gecontracteerde zorgverlener, zodat de kosten rechtstreeks konden worden gedeclareerd. Het contract met het MCR is echter in november 2010 met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2010 ontbonden, omdat onterechte declaraties werden ingediend. Door aldus te handelen heeft de ziektekostenverzekeraar aan zijn plicht 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.

5.3. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van gerechtvaardigd vertrouwen dat het laboratoriumonderzoek zou worden vergoed, aangezien de genoten zorg niet voldeed aan de voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft de rekening echter coulancehalve voor 80% vergoed, omdat dit aanvankelijk, hoewel ten onrechte, was toegezegd.

5.4. 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 € 551,95 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.

De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel 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 2 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering betreft de grondslag van de zorgverzekering en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

De kosten van zorg op basis van deze zorgverzekering kunnen behoudens eigen bijdragen, door de verzekerde bij ons gedeclareerd worden, tenzij er rechtstreekse declaratie bij ons plaatsvindt. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. De kosten van zorg gedeclareerd door een gecontracteerd zorgverlener zullen door ons rechtstreeks aan de zorgverlener worden vergoed conform het met deze gecontracteerde zorgverlener overeengekomen tarief.

Als de zorg wordt verleend door een niet gecontracteerd zorgverlener worden de kosten vergoed tot maximaal het op het moment van de levering van de zorg van toepassing zijnde (maximum)tarief op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG). Als en voor zover, op basis van de WVG, geen maximum(tarief) is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

“(…)”

Artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg (poliklinisch) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“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 en luidt, voor zover van belang:

“Artikel 22 Huisartsenzorg

Wij vergoeden de kosten van geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De vergoeding 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.”

- 8.2. De artikelen 4 en 22 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3. 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.
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Het geschil spitst zich toe op de vraag of het onderhavige laboratoriumonderzoek is aan te merken als medisch-specialistische zorg of huisartsenzorg, en daarmee een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Aanspraak op laboratoriumonderzoek bestaat indien dit onderzoek wordt aangevraagd door de huisarts of behandelend specialist. In het onderhavige geval is de aanvraag voor het laboratoriumonderzoek gedaan door een neuroloog. Dat de aanvrager een neuroloog is, blijkt uit het feit dat deze arts is ingeschreven in het BIG-register met het specialisme neurologie. Bovendien heeft verzoekster diverse stukken overgelegd die dit staven. Een neuroloog is een medisch specialist zoals bedoeld in artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering. Derhalve vormt het onderhavige onderzoek onderdeel van de aanspraak op medisch-specialistische zorg.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat ten tijde van het laboratoriumonderzoek geen sprake (meer) was van een contract met de zorgverlener, zodat de door verzoekster genoten zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener. Om die reden zijn de kosten van het laboratoriumonderzoek niet vergoed. Verzoekster heeft een restitutiepolis, zodat zij kan gebruikmaken van zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgverleners. Een en ander is ook omschreven in artikel 2 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar ter zake heeft aangedragen (ontbinding van het contract met het MCR met terugwerkende kracht) is dan ook niet relevant in onderhavige kwestie.
- 9.4. Door de ziektekostenverzekeraar is verder gesteld dat verzoekster had kunnen weten dat de genoten zorg feitelijk niet voor vergoeding in aanmerking kwam. Deze stelling kan hem niet baten. Aanvankelijk was een contract gesloten met het MCR. Het is een beslissing van de ziektekostenverzekeraar geweest het MCR te contracteren. Hierop heeft een verzekerde geen invloed. Als het MCR de gemaakte afspraken niet is nagekomen, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar de zorgverlener hierop rechtstreeks aan te spreken in plaats van de gevolgen hiervan – met terugwerkende kracht – af te wentelen op de verzekerden. Dit klemt temeer omdat de ziektekostenverzekeraar bij een toerekenbare tekortkoming van de zorgverlener de mogelijkheid heeft om daardoor veroorzaakte financiële schade op de zorgverlener te verhalen. Ook het beroep jegens verzoekster op het belang van de gemeenschap kan derhalve geen stand houden.
- 9.5. Gezien het voorgaande concludeert de commissie dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar het resterende, niet vergoede gedeelte van de rekening van het laboratoriumonderzoek van € 110,39 (€ 551,95 - € 441,56) aan verzoekster dient te vergoeden.

9.8. 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 van € 37,--.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter