

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, onderzoek in privé kliniek
Zaaknummer : ANO07.252
Zittingsdatum : 19 september 2007

Zaak: ANO07.252 (Geneeskundige zorg, onderzoek in privé kliniek)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11 en 14 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D,
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 13 oktober 2006 inzake het niet vergoeden van de kosten van een onderzoek in een privé kliniek.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgActief polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 13 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten van een onderzoek in een privé kliniek niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 5 juni 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het onderzoek alsnog (gedeeltelijk) te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 27 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 13 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 13 augustus 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 september 2007 telefonisch, respectievelijk in persoon gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 7 september 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 11 september 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 19 september 2007 telefonisch, en de zorgverzekeraar in persoon, gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 20 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft in januari 2006 een lichamelijk onderzoek in een privé kliniek laten uitvoeren naar aanleiding van niet te objectiveren vage pijnklachten.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij in december 2005, net vóór de invoering van het nieuwe zorgstelsel, een folder van de (tussenpersoon van de) zorgverzekeraar heeft ontvangen waarin staat vermeld dat een verzekerde de vrijheid heeft te kiezen waar hij zorg zal ontvangen, ook als geen afspraken zijn gemaakt tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener. Op het moment dat verzoeker het onderzoek onderging, had hij nog niet het polisblad en de voorwaarden van de zorgverzekering ontvangen. Hij ging er vanuit dat hij volledig vrij was in de keuze van de zorgverlener.
- 4.3. Op de hoorzitting heeft verzoeker aangegeven dat zijn huisarts geen oorzaak voor zijn klachten kon vinden, waarna hij zich tot de privé kliniek heeft gewend. Hier is na het onderzoek een oorzaak voor zijn klachten gevonden en hij gebruikt momenteel medicijnen die zijn klachten verhelpen. Het betreft dan ook geen preventief onderzoek. De huisarts heeft verzoeker niet verwezen, daar hij niets meer voor hem kon doen.
- 4.4. Subsidiar stelt verzoeker dat uit de zorgverzekering blijkt dat, ook als geen overeenkomst is gesloten tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener, een verzekerde recht op vergoeding van de kosten heeft, alhoewel die lager kunnen zijn dan bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Verzoeker komt tot de conclusie dat hij in ieder geval recht heeft op een gedeeltelijke vergoeding van de door hem gemaakte kosten.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat een verzekerde die bij een, kort gezegd, niet gecontracteerde zorgverlener zorg betreft, recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten. Deze vergoeding kan nooit meer zijn dan de vergoeding in Nederland voor een soortgelijke behandeling.
- 5.2. De omvang van de medisch-specialistische zorg wordt bepaald door twee elementen. Het moet gaan om zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en het moet gaan om zorg zoals bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 5.3. Een onderzoek, zoals door verzoeker is ondergaan, valt niet onder de zorg die medisch-specialisten die plegen te bieden. Bij het omvangscriterium van medisch-specialistische zorg wordt gekeken voor welk indicatiegebied de verzekerde een behandeling vraagt. In de onderhavige situatie is geen sprake van een behandeling, maar van een preventief onderzoek, zonder dat blijkt dat dit onderzoek geschiedt ten behoeve van de geneeskundige verzorging van betrokkene.
- 5.4. Gelet op de uitspraak van de Commissie voor Beroepszaken, gepubliceerd in RZA 1989, 212 kan het onderhavige onderzoek niet als medisch-specialistische zorg worden aangemerkt in de zin van de relevante wet- en regelgeving en is het derhalve geen prestatie in de zin van de Zvw.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg en/of hulpverleners in dienst van de zorgverzekeraar. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in de artikelen 2 en volgende van de Aanspraken van de zorgverzekering. Deze artikelen bepalen dat de omvang van de te verlenen zorg begrensd wordt door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Tevens bepalen deze artikelen dat alleen aanspraak bestaat wan-

neer de verzekerde is doorverwezen door een huisarts of een andere medisch-specialist.

- 7.3. De regeling van de artikelen 2 en volgende van de Aanspraken van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 14 van de Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Dit artikel bepaalt onder andere dat geneeskundige zorg de zorg omvat zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Naar het oordeel van de commissie is een onderzoek, zoals verzoeker heeft ondergaan, niet de zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Derhalve is geen sprake van een verzekerde prestatie als bedoeld in de zorgverzekering. Bovendien blijkt uit nader onderzoek in het BIG-register dat de betrokken arts geen medisch-specialist is, maar een basisarts. Een onderzoek als het onderhavige behoort overigens evenmin tot de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.
- 7.7. De afzonderlijke onderzoeken die bij het onderhavige onderzoek zijn uitgevoerd, kunnen wel verzekerde prestaties zijn, daar medisch-specialisten deze wel plegen uit te voeren in het kader van de geneeskundige verzorging van de verzekerde. De commissie is uit de beschikbare stukken echter niet gebleken van een indicatie voor de verschillende onderzoeken.
- 7.8. In het onderhavige geval is niet aan de formele vereisten voldaan, daar in het dossier geen verwijzing door een huisarts of een medisch-specialist aanwezig is, zoals op grond van artikel 3 van de zorgverzekering vereist is.
- 7.9. In het onderhavige geval doet niet terzake of verzoeker al dan niet mocht vertrouwen op de folder, zijnde die van een tussenpersoon, waarin vrije keuze van een zorgverlener werd aangegeven. Gelet op het bovenstaande, behoort het onderzoek immers niet tot de verzekerde prestaties, ontbreekt een indicatie voor de afzonderlijke onderzoeken en is niet voldaan aan de formele eis van doorverwijzing door een huisarts of medisch-specialist. Het enkele feit dat verzoeker slechts beschikte over een folder en niet over de volledige tekst van de polisvoorwaarden kan de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen. Gesteld, noch gebleken is dat verzoeker voorafgaand aan het onderzoek bij de zorgverzekeraar heeft geïnformeerd naar de regelgeving op dit punt.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2007

Voorzitter