

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E
te F G te H
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2011.01854
Zittingsdatum : 29 augustus 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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te F en

2) G te H,

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 de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 bedrage van € 157,80 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 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 14 maart 2011 en 20 mei 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 13 april 2012 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 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 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juni 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoekster heeft op 5 juli 2012 telefonisch medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 juni 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012075025) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van zorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden, aangezien een natuurgeneeskundig arts niet kan worden aangemerkt als een huisarts of medisch specialist in de zin van de Zvw. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 juli 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 13 september 2012 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 20 september 2012 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 10 november 2010 heeft het laboratoriumonderzoek plaatsgevonden bij Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: het MCR).
 - 4.2. Voor zowel verzoekster als haar echtgenoot is bij het MCR laboratoriumonderzoek uitgevoerd. Eerder laboratoriumonderzoek, in februari 2010, is probleemloos vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Ook het laboratoriumonderzoek van 13 juli 2010 ten behoeve van verzoeksters echtgenoot is vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit blijkt uit de uitkeringsspecificatie van 22 september 2010. Hierdoor ging verzoekster ervan uit dat verdere laboratoriumonderzoeken bij het MCR in hetzelfde verzekeringsjaar eveneens zouden worden vergoed, en dat de voorwaarden waaronder vergoeding plaatsvindt niet zouden veranderen. De behandelend arts had eveneens geen bericht ontvangen dat er wijzigingen hadden plaatsgevonden.

- 4.3. In december 2010 ontving verzoekster de nota van haar laboratoriumonderzoek (en van het laboratoriumonderzoek van haar echtgenoot) van het MCR. Er werd haar medegedeeld dat er problemen waren met de rechtstreekse declaratie bij de ziektekostenverzekeraar. Om een incassoprocedure te voorkomen, heeft zij de nota voldaan. Na telefonisch contact en diverse e-mails bleek dat de ziektekostenverzekeraar het betreffende laboratoriumonderzoek in het geheel niet zou vergoeden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de verwachting gewekt dat ook het onderhavige laboratoriumonderzoek zou worden vergoed, door eerder de kosten van laboratoriumonderzoek wél te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Dit had voorkomen kunnen worden door haar tijdig op de hoogte te stellen van de wijziging. Nu de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten, is verzoekster de keuze ontnomen om al dan niet laboratoriumonderzoek te laten plaatsvinden bij het MCR. Verzoekster voelt zich gedupeerd. De ziektekostenverzekeraar wentelt de problemen die er zijn met het MCR op haar af. Het is bovendien onbillijk dit met terugwerkende kracht te doen.
- 4.5. Voorts voert verzoekster aan niet overtuigd te zijn van de zorgvuldigheid waarmee de ziektekostenverzekeraar de kwestie heeft behandeld. Op enig moment ontving zij namelijk een brief van de ziektekostenverzekeraar die bestemd was voor een andere verzekerde.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd de ontstane onzekerheid over de vergoeding het voornaamste geschilpunt is. Eerder zijn de kosten van laboratoriumonderzoek bij het MCR namelijk wel vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft een zorg- en informatieplicht. Er had verzoekster medegedeeld kunnen worden dat een onderzoek naar het MCR gaande was, en dat dit gevolgen zou kunnen hebben voor toekomstige nota's. Daarnaast is het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar tussentijds afscheid neemt van een gecontracteerde zorgverlener, en niet per ultimo van het jaar.
- 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. Laboratoriumonderzoek is opgenomen in de vergoedingsregeling voor medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Dit betekent dat het 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 verzoekster is het laboratoriumonderzoek geschied in opdracht van een orthomoleculair arts, zodat de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Het MCR was van 1 januari 2007 tot 3 november 2010 gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Op grond van dit contract declareerde het MCR rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. Na een diepgaand onderzoek bleek echter dat het MCR de regels met betrekking tot het declareren van laboratoriumkosten niet correct heeft toegepast. Er werden kosten ten laste van de zorgverzekering gedeclareerd, zonder dat men daarvoor over de benodigde aanvraag van een huisarts of medisch specialist beschikte. Op 4 augustus 2010 zijn de betalingen aan het MCR feitelijk gestaakt, omdat het MCR de ziektekostenverzekeraar aldus heeft bewogen tot het uitkeren van onverschuldigde gelden

waarop het centrum geen recht had. Als gevolg van deze handelswijze heeft de ziektekostenverzekeraar aanzienlijke schade geleden. Gezien de oneigenlijke wijze van declareren door het MCR, kan niet worden gesteld dat sprake is van een inconsistentie die eenvoudig had kunnen worden opgemerkt of dat de ziektekostenverzekeraar onoplettend is geweest. Evenmin is hierdoor een zeker vertrouwen bij de betrokken verzekerden gewekt. Zij waren op de hoogte of hadden op de hoogte moeten zijn van het feit dat geen sprake was van verzekerde zorg. Zij beschikten immers niet over een op grond van de polisvoorwaarden noodzakelijke verwijzing van een huisarts of medisch specialist. Concluderend kan geen sprake zijn van gewekt vertrouwen. Het niet op de hoogte zijn van de polisvoorwaarden komt voor rekening en risico van de betrokken verzekerden. Dit kan niet op de ziektekostenverzekeraar worden afgewenteld.

- 5.3. Laboratoriumonderzoek van vóór 1 augustus 2010 – meer specifiek februari 2010 – aangevraagd door de behandelend orthomoleculair arts van verzoekster, is inderdaad wél vergoed ten laste van de zorgverzekering. Thans is bekend geworden dat voornoemde vergoeding van laboratoriumonderzoek ten onrechte is geschied. Om verzoekster niet te duperen is besloten deze vergoeding niet van haar terug te vorderen.
- 5.4. De polisvoorwaarden zijn tijdens de looptijd niet gewijzigd. De overeenkomst met het MCR is in november 2010 met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2010 beëindigd. Voor verzekerden die in de periode van 1 augustus 2010 tot en met 31 december 2010 laboratoriumonderzoeken in het kader van reguliere zorg hebben laten uitvoeren in het MCR geldt een overgangsregeling, te weten volledige vergoeding van nota's. Verzoekster komt hiervoor niet in aanmerking, nu het laboratoriumonderzoek geen betrekking heeft op een reguliere geneeskundige behandeling door een huisarts of medisch specialist. De contractsbeëindiging doet niets af aan het feit dat geen recht op vergoeding van het onderhavige laboratoriumonderzoek bestaat. Immers, de voorwaarden zijn onveranderd van kracht gebleven.
- 5.5. De kosten van het laboratoriumonderzoek worden eveneens niet vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, aangezien in artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering alleen de vergoeding van consulten van alternatieve genezers/therapeuten wordt geregeld. De laboratoriumonderzoeken betreffen geen consulten en zijn als zodanig ook uitgesloten van vergoeding op basis van deze bepaling.
- 5.6. Onder de gegeven omstandigheden kan geen betekenis worden toegekend aan een eerder door de commissie uitgebracht bindende advies (2011.00980 en 2011.01177).
- 5.7. De door de Geschillencommissie gehanteerde uitleg brengt een aantal risico's met zich. Ten eerste wordt bekendheid met de polisvoorwaarden van ondergeschikt belang geacht. Verzekerden mogen blijkbaar vertrouwen op informatie van anderen, zoals zorgverleners. Op deze manier wordt in de rechtsverhouding tussen de verzekeraar en de verzekerde een derde partij geïntroduceerd die de afspraken uit de verzekeringsovereenkomst vergaand kan beïnvloeden. Dat op de zorgverlener een informatieplicht jegens de patiënt rust wordt niet betwist, maar een dusdanige uitleg waarbij in een bepaalde context de bekendheid met de polisvoorwaarden volledig op zij wordt gezet ten gunste van de informatie van een zorgverlener valt niet te rijmen met de strekking van deze informatieplicht.

Ten tweede wordt het verzekerde pakket verruimd in strijd met de bedoelingen van de wetgever. De ziektekostenverzekeraar is voor wat betreft de zorg die onder de zorgverzekering valt, gehouden de eisen die de wet- en regelgeving stellen aan het effectueren van een zorgaanspraak ten laste van die dwingendrechtelijke verzekering, te eerbiedigen. Er wordt voldaan aan hetgeen is bepaald in de Zvw, Bzv en Rzv. De ziektekostenverzekeraar heeft niet de bevoegdheid andere of uitgebreidere zorgvormen in de zorgverzekering op te nemen.

In het verlengde van het voorgaande, speelt als derde punt de bevoegdheid van de commissie een rol. Aangezien zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak dan wel dekking bieden voor onderhavig laboratoriumonderzoeken, kan de ziektekostenverzekeraar de kosten niet ten laste brengen van de zorgverzekering (risicoverevening) dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. De kosten van het laboratoriumonderzoek komen dan ook ten laste van de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar. Uit het Reglement van de commissie volgt dat de commissie bij de beoordeling van een geschil dient uit te gaan van hetgeen in de wet, de verzekeringsovereenkomst en de jurisprudentie is bepaald. Hierin is zoals gezegd geen aanspraak op vergoeding van laboratoriumonderzoeken opgenomen. Het is dan ook niet aan de commissie om buiten haar bevoegdheid toch te beslissen dat een verzekeraar dient over te gaan tot vergoeding van dergelijke onderzoeken. Daarmee neemt de commissie namelijk in feite een beslissing over de besteding van de eigen middelen van de verzekeraar, en daartoe is de commissie niet bevoegd. De commissie kan derhalve geen beslissing nemen over de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar.

Ten vierde wordt misbruik van de zorg in de hand gewerkt, immers zorgverleners worden beloond voor het verkeerd declareren, nu de gevolgen hiervan op verzekeraars worden afgewenteld. Dit kan leiden tot (opzettelijke) benadeling van de verzekeraars door de zorgverleners en/of verzekerden en stijging van de zorgkosten. Het MCR had verzekerden eerder dan 9 december 2010 kunnen informeren over de gevolgen van de laboratoriumonderzoeken. Vast staat dat het MCR in strijd met artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft gehandeld.

- 5.8. Bij dagvaarding van 3 november 2010 is de overeenkomst met het MCR ontbonden. Ontbinding mist terugwerkende kracht (art. 6:269 BW). Na de ontbinding kan de ziektekostenverzekeraar het MCR dan ook niet aanspreken op grond van toerekenbare tekortkoming en in het verlengde hiervan geen schade verhalen voor de laboratoriumonderzoeken.
- 5.9. Onderhavige kwestie vertoont gelijkenis met de kwestie waarin reeds een bindend advies is uitgebracht (2011.01230). De gelijkenis is erin gelegen dat verzekerde niet op de hoogte was van de verbreking van het contract tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener. In voornoemd bindend advies wordt het verzoek afgewezen, omdat het de zorgverlener wordt aangerekend dat hij zijn informatieplicht conform artikel 38 Wmg niet nakomt. Dit zou in onderhavige kwestie eveneens moeten geschieden.
- 5.10. Voorts sluit de ziektekostenverzekeraar zich aan bij de advisering door het CVZ in eerder genoemde bindende adviezen (2011.00980 en 2011.01177). Het CVZ geeft uitleg over de aard, inhoud en omvang van de verzekerde prestaties. In voornoemde zaken werd geadviseerd de verzoeken af te wijzen, voor zover deze zien op de zorgverzekering, omdat geen sprake was van huisartsenzorg of medisch specialistische zorg zoals huisartsen respectievelijk medisch specialisten die plegen te bieden.

- 5.11. Voorts biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan voor het feit dat verzoekster correspondentie voor een andere verzekerde ontving. Dit was zeer onzorgvuldig. Het spijt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster hierdoor de indruk heeft gekregen dat onzorgvuldig met gegevens wordt omgegaan.
- 5.12. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd verzoekster de rollen omdraait. Het is aan de verzekerde de polisvoorwaarden te raadplegen alvorens zich te wenden tot een orthomoleculair arts. Voor de ziektekostenverzekeraar was niet te achterhalen voor welke verzekerden het MCR laboratoriumonderzoek had verricht, zodat zij niet konden worden gewaarschuwd. Een verzekerde kan aan de hand van de polisvoorwaarden bepalen tot welke aanbieder hij zich moet wenden voor een bepaalde soort zorg. Eerder laboratoriumonderzoek bij het MCR is per abuis vergoed, en verzoekster heeft daar geluk bij gehad. De ziektekostenverzekeraar stelt dat nota's automatisch worden verwerkt en vergoed. Hierdoor was het niet bekend dat nota's van het MCR werden vergoed. Het was systeemtechnisch niet mogelijk de betrokken verzekerden met een aparte brief te waarschuwen. Tot slot brengt de ziektekostenverzekeraar in dat vanwege de vermeende fraude, er gegronde reden was voor tussentijdse beëindiging van het contract met het MCR.
- 5.13. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 16 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 de laboratoriumonderzoeken ter grootte van € 157,80 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, 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 hier van belang:

“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 Zorgverzekeringwet (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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en therapieën, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

““Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten.

Voorwaarden

- *De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseis maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.*
- *Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.*
- *Het consult wordt gegeven op individuele basis.*

Uitsluitingen

- *Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.*
- *Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.*

(...)

3 sterren: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aanspraak op laboratoriumonderzoek bestaat indien dit onderzoek wordt aangevraagd door de huisarts of behandelend medisch specialist. In het onderhavige geval zijn de laboratoriumonderzoeken aangevraagd door een orthomoleculair arts. Een orthomoleculair arts is geen medisch specialist of huisarts zoals bedoeld in de artikelen 4 en 22 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het onderhavige laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor alternatieve geneeswijzen en therapieën. De vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per dag met een maximum van € 350,- per persoon per kalenderjaar. Laboratoriumonderzoeken komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat op grond van artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering enkel consulten van alternatieve genezers en therapeuten worden vergoed. Derhalve bestaat op basis hiervan geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het onderhavige laboratoriumonderzoek ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar eerder laboratoriumonderzoek dat door de orthomoleculair arts is aangevraagd, wel heeft vergoed. Dit is door de ziektekostenverzekeraar ook erkend. Verzoekster heeft verder gesteld dat het – mede hierdoor – voor haar ten tijde van het onderhavige laboratoriumonderzoek niet kenbaar was dat dit niet werd vergoed. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Vaststaat dat met ingang van 4 augustus 2010 de ziektekostenverzekeraar de betalingen aan het MCR feitelijk heeft gestaakt en dat de ziektekostenverzekeraar bij dagvaarding van 3 november 2010 de overeenkomst met het MCR heeft ontbonden. Het in het geding zijnde laboratoriumonderzoek is uitgevoerd op 10 november 2010. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster eerst bij brief van 24 februari 2011 geïnformeerd dat het door het MCR uitgevoerde laboratoriumonderzoek niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.5. In eerdere bindend adviezen heeft de commissie geoordeeld dat, gelet op de omstandigheden van het geval, verzoekster niet kan worden tegengeworpen dat zij op grond van de polisvoorwaarden had moeten weten dat de genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking kwam. Immers, 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 om het MCR hierop rechtstreeks aan te spreken in plaats van de gevolgen hiervan – met terugwerkende kracht – af te wentelen op de verzekerden. Dit klemmt temeer omdat de ziektekostenverzekeraar bij een toerekenbare tekortkoming van de zorgverlener de mogelijkheid heeft om daardoor veroorzaakte financiële schade op de zorgverlener te verhalen.

- 9.6. Voorts zijn de polisvoorwaarden niet tussentijds gewijzigd, en is de betreffende zorg, genoten in februari 2010, wél vergoed. Dat deze vergoeding, naar de ziektekostenverzekeraar thans stelt, ten onrechte is verleend omdat geen sprake was van een geldige verwijzing, maakt het voorgaande niet anders. De commissie concludeert daarom dat verzoekster op het moment van het laboratoriumonderzoek erop mocht vertrouwen dat dit volledig zou worden vergoed.
- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft tegen deze uitleg aangevoerd dat de bekendheid met de polisvoorwaarden van ondergeschikt belang wordt als de informatie van een derde partij kan prevaleren en aldus de inhoud van de verzekeringsovereenkomst verregaand kan beïnvloeden zonder partij te zijn bij deze overeenkomst.
- 9.8. Vooropgesteld wordt dat de polisvoorwaarden bepalen waarop verzoekster jegens de ziektekostenverzekeraar aanspraak kan maken. Indien de ziektekostenverzekeraar ondanks deze polisvoorwaarden overgaat tot vergoeding van strikt genomen niet-verzekerde prestaties is dat een gedraging van de ziektekostenverzekeraar en niet zozeer van de derde partij, in dit geval het MCR. Met de stelling dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe is overgegaan als gevolg van volgens zijn zeggen fraude van het MCR door het gebruik van onjuiste coderingen, moet de vraag worden beantwoord voor wiens risico de fraude komt, uitgaande van de juistheid van de veronderstelling: voor risico van de ziektekostenverzekeraar of voor risico van de verzekerde. Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. In de onderhavige zaak komt het voor risico van de ziektekostenverzekeraar, omdat een contractuele relatie bestond tussen de ziektekostenverzekeraar en het MCR, en gesteld noch gebleken is dat verzoekster kennis had van de gestelde fraude.
- 9.9. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat na ontbinding van de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en het MCR geen schadevergoeding mogelijk is, is rechtens onjuist. De toerekenbare tekortkoming die de grondslag voor de ontbinding van de overeenkomst vormt, biedt eveneens de grondslag voor aanvullende schadevergoeding, nog daargelaten dat uitgaande van de gestelde door het MCR gepleegde fraude sprake is van onrechtmatig handelen jegens de ziektekostenverzekeraar dat verplicht tot schadevergoeding.
- 9.10. Dat het oordeel van de commissie kan leiden tot een uitbreiding van het verzekerd pakket, ook al is de omvang hiervan dwingendrechtelijk bepaald door de wetgever, is het gevolg van het feit dat de wetgever de zorgverzekering in de vorm van een privaatrechtelijke overeenkomst heeft gegoten. Dat betekent dat toepasselijkheid van het privaatrecht kan leiden tot aanspraken die verder gaan dan de wetgever heeft beoogd. Anders dan door de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld, is van het door de commissie buiten haar bevoegdheid treden geen sprake, zodat die stelling geen doelt treft.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.12. 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, 26 september 2012,

Voorzitter