



Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 201301248
Zittingsdatum : 4 december 2013



ANONIEM BINDEND ADVIES

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.eh. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester) (Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012) 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

 C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar. 2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Zorg de Luxe afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek, ten bedrage van € 459,78 (hierna: de aanspraak). Bij betaalspecificatie van 14 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mailbericht van 29 augustus 2013 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 oktober 2013 aan verzoeker gezonden.

- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 2 en 25 november 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Op 6 november 2011 is ten behoeve van verzoeker bij MGLab & Advies een faecesonderzoek aangevraagd, welk onderzoek op 7 november 2013 is uitgevoerd. Niet lang daarna ontving verzoeker hiervoor een nota, die hij direct heeft doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar.
-  4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot vergoeding van de kosten van het laboratoriumonderzoek, omdat de huisarts kennelijk tegenover de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het betreffende onderzoek niet op zijn initiatief is aangevraagd. Deze stelling bevreemdt verzoeker aangezien de huisarts zijn handtekening en stempel op het aanvraagformulier heeft gezet.
-  4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. Verzoeker heeft een nota ten bedrage van € 459,78 ingediend betreffende een laboratoriumonderzoek, dat op 7 november 2012 is uitgevoerd door MGLab & Advies. De ervaring van de ziektekostenverzekeraar is dat dit bedrijf op het aanvraagformulier standaard de huisarts als aanvrager vermeldt terwijl dit niet altijd het geval is. Aangezien laboratoriumonderzoek uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt indien de aanvrager een huisarts betreft, heeft de ziektekostenverzekeraar als beleid bij ingediende nota's van MGLab & Advies standaard contact op te nemen met de op de aanvraag vermelde huisarts.
-  5.2. In dit verband heeft de huisarts van verzoeker op 1 maart 2013 desgevraagd verklaard dat het op 7 november 2012 uitgevoerde laboratoriumonderzoek niet is aangevraagd op basis van eigen diagnostiek. Het op het aanvraagformulier aanwezige stempel is op uitdrukkelijk verzoek van verzoeker geplaatst. Tegenover de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker verklaard de streepjes voor het onderzoek zelf te hebben gezet. Daarmee is het laboratoriumonderzoek geen verzekerde zorg en kan de ingediende nota niet worden vergoed.
-  5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering 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 het laboratoriumonderzoek ten bedrage van € 459,78 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 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 15 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:



"Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een instelling voor medisch-specialistische zorg. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)



Verwijzing

• U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist (behalve als het gaat om spoedeisende zorg). (...)"



8.3. Daarnaast is in artikel 9 lid 4 van de zorgverzekering het volgende opgenomen.

"Kosten die niet meetellen voor het eigen risico

(...)



Huisartsenzorg: Medicijnen voorgeschreven en laboratoriumonderzoek aangevraagd door uw huisarts.

(...)"



8.4. De artikelen 9 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).



8.5. 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.



8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestatie 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 ziektekostenverzekeraar 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.



9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering



9.1. De commissie stelt vast dat anders dan in de bepaling betreffende het eigen risico, nergens in de verzekeringsvoorwaarden de vergoeding is geregeld voor laboratoriumonderzoek. In de regel wordt zodanig onderzoek gerekend tot de medisch-specialistische zorg. Ingevolge artikel 17 bestaat aanspraak op medisch-specialistische zorg indien de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist hiervoor een verwijzing geeft. Laboratoriumonderzoek dient derhalve te worden aangevraagd door de huisarts of handelend medisch specialist. In het onderhavige geval is in geschil of de huisarts als vermeld op de aanvraag opdracht heeft gegeven voor het laboratoriumonderzoek bij MGLab & Advies. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.



9.2. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van het aanvraagformulier overgelegd. Uit deze kopie blijkt dat de huisarts van verzoeker zowel zijn stempel als zijn handtekening op het betreffende formulier heeft gezet. Ten aanzien hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de huisarts van verzoeker op 1 maart 2013 heeft verklaard dat het onderhavige laboratoriumonderzoek niet is aangevraagd op basis van eigen diagnostiek, maar op uitdrukkelijk verzoek van verzoeker. Wat hiervan ook zij, de huisarts heeft door de aanvraag te ondertekenen en zijn stempel erop te zetten opdracht gegeven voor het onderhavige laboratoriumonderzoek. De huisarts kan deze opdracht niet achteraf en eenzijdig intrekken. De commissie concludeert daarom dat verzoeker er op mocht vertrouwen dat de kosten van het laboratoriumonderzoek op de voet van artikel 17 van de zorgverzekering zouden worden vergoed. Zodoende is de ziektekostenverzekeraar gehouden de betreffende



 kosten, ten bedrage van € 459,78, te vergoeden, een en ander overigens met inachtneming van de toepasselijke polisvoorwaarden .

Conclusie

 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

 Zeist, 4 december 2013,









 Voorzitter