

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Laboratoriumonderzoek op verwijzing van een natuurgeneeskundig arts
Zaaknummer : 2009.01796
Zittingsdatum : 27 januari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 mei 2009 de kosten van het laboratoriumonderzoek verricht door de Alysis Zorggroep, op verwijzing van een natuurgeneeskundig arts, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker is onder behandeling bij een natuurgeneeskundig arts. Op verwijzing van deze arts heeft verzoeker enkele laboratoriumonderzoeken laten verrichten. De kosten hiervan heeft verzoeker ter vergoeding aangeboden aan de ziektekostenverzekeraar (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juli 2009 telefonisch aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 29 september 2009 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 30 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 december 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 december 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 2 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29131925) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandelend natuurgeneeskundig arts niet aangemerkt kan worden als een medisch specialist in de zin van de Zvw. Verwijzing voor laboratoriumonderzoek door een natuurgeneeskundig arts is daarom geen geldige verwijzing als bedoeld in de polisvoorwaarden. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 december 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kosten van het laboratoriumonderzoek dienen te worden vergoed vanuit de basisverzekering. In de polisvoorwaarden is onder meer bepaald dat het onderzoek dient te zijn aangevraagd door medisch specialist. Verzoeker stelt dat de betreffende natuurgeneeskundig arts een specialist is op zijn vakgebied. Als de kosten niet uit de basisverzekering worden vergoed, dienen naar het oordeel van verzoeker de kosten uit de aanvullende ziektekostenverzekering te worden vergoed op grond van de aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen. Hij merkt hierbij op dat de natuurgeneeskundig arts is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging; de kosten van de consulten worden door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.2. De Alysis Zorggroep, die de laboratoriumonderzoeken heeft uitgevoerd, is niet aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging, maar de ziektekostenverzekeraar heeft wel een overeenkomst gesloten met deze zorgverlener.
- 4.3. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar de nota van 7 maart 2009 wel heeft vergoed. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar ook de kosten van de laboratoriumonderzoeken die hebben plaatsgevonden vóór 1 januari 2009 heeft vergoed.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zorg verleend door een natuurgeneeskundige niet onder de dekking van de basisverzekering valt. In de basisverzekering is een aanspraak opgenomen voor vergoeding van laboratoriumonderzoeken. Het onderzoek moet zijn aangevraagd door een huisarts, verloskundige of medisch specialist. De aanvrager is echter een natuurgeneeskundig arts. Een natuurgeneeskundig arts is niet aan te merken als een huisarts, verloskundige of medisch specialist, zodat niet wordt voldaan aan de vergoedingsvoorwaarden.
- 5.2. De ingediende nota betreft zorg verleend door het Rijnstate ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar een overeenkomst met dit ziekenhuis voor het leveren van medisch specialistische zorg, maar vergoeding op grond hiervan is niet mogelijk, omdat geen sprake is van een geldige verwijzing voor deze zorg. De in het Rijnstate werkzame zorgaanbieders zijn geen alternatieve behandelaren die zijn aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Vergoeding op grond van de aanspraak op alternatieve geneeswijzen is daarom niet mogelijk. Bovendien is geen sprake van een consult of behandeling, maar van een onderzoek dat niet door de alternatief behandelaar zelf is verricht.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar neemt, indien een ziekenhuis met wie hij een overeenkomst heeft gesloten een nota indient, aan dat sprake is van zorg waarvoor een geldige verwijzing bestaat. De zorg wordt voor alle patiënten van het ziekenhuis, die verzekerd zijn bij de ziektekostenverzekeraar, periodiek, tegelijkertijd gedeclareerd. Wellicht heeft het ziekenhuis zich eerder niet gerealiseerd dat de verwijzing door de betreffende arts geen geldige verwijzing was en is de zorg om die reden rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar meent dat tevens mogelijk is dat de huisarts van verzoeker de eerdere onderzoeken heeft aangevraagd, omdat in de declaraties van het ziekenhuis bij de verwijzer de code voor de huisarts is gebruikt.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is het niet vergoeden van de kosten van laboratoriumonderzoek verricht door de Alysis Zorggroep, op verwijzing van een natuurgeneeskundig arts, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgver-

leners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

In de zorgverzekering is geen separate aanspraak opgenomen voor laboratoriumonderzoek. Deze aanspraak is geïntegreerd in de aanspraken voor huisartsenzorg, medisch specialistische zorg en verloskundige zorg. Verloskundige zorg kan in dit verband buiten beschouwing blijven.

Artikel B18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“De huisarts is het eerste aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen op een huisartsenpost.
U heeft recht op huisartsenzorg, behalve de griepvrij, door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek, medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover [naam ziektekostenverzekeraar] en de huisarts afspraken hebben gemaakt.
(...)”*

- 7.3. In artikel B24 van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg opgenomen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.
U heeft recht op onderzoek en diagnostiek, behandeling, materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, second opinion.
(...)”*

- 7.4. De artikelen B18 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens artikel B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of het onderhavige laboratoriumonderzoek is aan te merken als huisartsenzorg of medisch specialistische zorg.
- 7.8. De commissie overweegt dat op grond van artikel B18 van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van laboratoriumonderzoek indien dit door de huisarts is aangevraagd. Vast staat dat in casu het onderzoek is aangevraagd door een natuurgeneeskundig arts en niet door een huisarts. Het laboratoriumonderzoek is ook niet aan te merken als huisartsenzorg.

- 7.9. Daarnaast bestaat op grond van artikel B24 van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van laboratoriumonderzoek indien dit is aan te merken als medisch specialistische zorg. De commissie overweegt dat in de polisvoorwaarden is bepaald dat een medisch specialist een arts is die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. De behandelend arts is, zoals reeds opgemerkt, een natuurgeneeskundig arts. Natuurgeneeskunde is geen specialisatie zoals bedoeld in de polisvoorwaarden. Het door deze arts aangevraagde laboratoriumonderzoek is derhalve niet aan te merken als medisch specialistische zorg. De stelling van verzoeker, dat de betreffende natuurgeneeskundig arts een specialist is in zijn vakgebied behoeft geen verdere bespreking, aangezien vaststaat dat de arts in kwestie in ieder geval geen medisch specialist als bedoeld in de polisvoorwaarden is.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Artikel E3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Alternatieve behandelwijzen zijn andere dan de gebruikelijke (reguliere) behandelingen. Zij vormen daar vaak een aanvulling op, maar kunnen ook op zichzelf staan. Het is wenselijk uw huisarts of specialist op de hoogte te stellen als u gebruik maakt van alternatieve behandelwijzen.

Alternatieve behandelwijzen kunnen zijn: homeopathie, antroposofie, acupunctuur, acupressuur, natuurlijke geneeswijzen, zorg voor houding en beweging, of alternatieve psychologische hulpverlening.

U krijgt een vergoeding voor consulten en behandelingen van 80% tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar: € 300,--.

(...)

Behandelingen die al onder de Zorgverzekeringswet vallen of onder een vergoeding uit de aanvullende verzekering, worden niet uit het artikel alternatieve geneeswijzen vergoed. Hier is dan geen sprake meer van een alternatieve geneeswijze.”

- 7.11. De commissie overweegt dat artikel E3 alleen ziet op consulten en behandelingen, en niet op laboratoriumonderzoek. Voorts is in genoemde polisvoorwaarden bepaald dat indien op grond van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat op vergoeding van bepaalde zorg, geen aanspraak bestaat op vergoeding van de betreffende kosten op grond van de aanspraak op alternatieve geneeswijzen. Ingevolge de Zorgverzekeringswet bestaat aanspraak op vergoeding van laboratoriumonderzoek, zij het in het kader van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg of verloskundige zorg. Om die reden bestaat geen aanspraak op vergoeding van het onderhavige laboratoriumonderzoek op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 7.12. De commissie is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten met de Alysis Zorggroep voor de levering van medisch specialistische zorg. Nu echter gebleken is dat de laboratoriumonderzoeken niet conform de polisvoorwaarden zijn aangevraagd door een huisarts, medisch specialist of verloskundige, komen de kosten van deze onderzoeken evenmin op grond van voornoemde overeenkomst voor vergoeding in aanmerking.

- 7.13. Ten aanzien van het door verzoeker gestelde, dat hij de nota's van eerdere onderzoeken wel vergoed heeft gekregen door de ziektekostenverzekeraar, merkt de commissie het volgende op. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat hij eerder deze nota's, die door het ziekenhuis rechtstreeks bij hem zijn gedeclareerd, heeft vergoed. Nu de ziektekostenverzekeraar heeft erkend de betreffende kosten in het verleden vergoed te hebben, is de commissie van oordeel dat verzoeker erop mocht vertrouwen dat hij deze kosten wederom vergoed zou krijgen. Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij op dat verzoeker met de beslissing van 27 mei 2009 bekend is geworden dat de betreffende kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. De kosten van laboratoriumonderzoeken die na 27 mei 2009 hebben plaatsgevonden, komen daarom niet (meer) voor vergoeding in aanmerking.

Conclusie

- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen onder 7.13 is overwogen.
- 7.15. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter