



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D te E en F te G, in deze vertegenwoordigd door H te I
Zaak : Eigen risico, geneeskundige zorg, bevalling en kraamzorg, bloedonderzoek
Zaaknummer : 201400052
Zittingsdatum : 17 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19 e.v. Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door H te I,
hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering variant Select 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 Ik-Zorg Goed 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). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom 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 laboratoriumonderzoeken ten bedrage van € 24,68 en € 27,26, welke bedragen door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder zijn betaald en daarna bij verzoekster ten laste van het verplicht eigen risico 2013 zijn gebracht (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 18 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij genoemde bedragen dient te voldoen en dat haar aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 januari 2014 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 e-mailbericht van 12 mei 2014 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 (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 30 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2014 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 21 juli 2014 en 5 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 september 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster heeft tijdens haar zwangerschap twee bloedonderzoeken ondergaan, een aan het begin van de zwangerschap en later nogmaals een. De kosten van deze onderzoeken bedragen € 24,68 respectievelijk € 27,26 en zijn door de ziektekostenverzekeraar betaald aan de zorgaanbieder. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar genoemde bedragen ten onrechte verrekend met het verplicht eigen risico 2013 van verzoekster. Zij baseert zich hierbij op een bindend advies van de commissie (Gcz, 5 februari 2009, 2008.01850) waarin is geoordeeld dat de kosten van zwangerschap, bevalling en kraambed niet mogen worden betrokken bij de bepaling van het eigen risico. Daar komt bij dat de onderhavige bloedonderzoeken zijn te beschouwen als standaard verloskundige zorg.

 4.2. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat in de wet is bepaald dat verloskundige zorg is uitgesloten van het eigen risico. In een bindend advies van de commissie uit 2009 is bepaald dat dit betrekking heeft op alle zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed. Dus ook voor laboratoriumonderzoeken.

 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat het verplicht eigen risico in 2013 € 350,- bedroeg. Tevens is in artikel 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat de vrijstelling van het verplicht eigen risico voor huisartsenzorg en verloskundige zorg alleen geldt ten aanzien van de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist en niet voor door hen voorgeschreven zorg, waaronder geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek.

 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat de 'directe' kosten niet onder het eigen risico vallen. In de toelichting op artikel 2.17 Bzv staat vermeld dat het moet gaan om directe kosten voor verloskunde en kraamzorg. Voorts is hierin vermeld dat de kosten die ten laste van andere in de Zvw opgenomen aanspraken komen, zoals laboratoriumonderzoeken, niet onder de uitsluiting vallen.

 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 11 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.



7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de kosten van de onderhavige bloedonderzoeken al dan niet dienen te worden betrokken bij de berekening van het wettelijk verplicht eigen risico in het kader van de zorgverzekering.



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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.



- 8.3. Artikel 8 van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“8. Verplicht eigen risico

9.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,- per jaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)



8.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

(...)



** verloskundige zorg en kraamzorg*

Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren.

Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokcentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico

(...)”



- 8.4. Artikel 8 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).



- 8.5. Artikel 19 lid 1 Zvw bepaalt dat iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico heeft van € 350,- per kalenderjaar. In artikel 2.17 lid 1 Bzv is geregeld welke kosten van het gebruik van zorg en overige diensten buiten het verplicht eigen risico vallen. Onder a wordt genoemd: “verloskundige zorg en kraamzorg”.



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

 9.1. Door verzoekster is betoogd dat de kosten van bloedonderzoeken in het kader van de zwangerschap buiten het verplicht eigen risico vallen aangezien het hier gaat om behandeling in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed. Daarbij is door haar verwezen naar een ander bindend advies van de commissie. Naar het oordeel van de commissie baseert verzoekster zich in dit verband echter op een verouderde tekst van het Bzv. Een beroep op het bindend advies uit 2009 kan om die reden niet slagen. Ten tijde van de onderhavige bloedonderzoeken sprak artikel 2.17 lid 1 onder a Bzv namelijk uitsluitend van "verloskundige zorg en kraamzorg". Artikel 8.2 van de zorgverzekering stemt hiermee overeen.

 9.2. De stelling van verzoekster dat een bloedonderzoek in het begin van de zwangerschap deel uitmaakt van de normale procedure en daarmee moet worden gerekend tot de verloskundige zorg, treft geen doel. Zoals in artikel 8.2 van de zorgverzekering nadrukkelijk is bepaald, behoren de met de verloskundige zorg en kraamzorg samenhangende kosten - zoals de kosten van bloedonderzoek - niet tot de uitzonderingen. Met andere woorden, de kosten van zodanig bloedonderzoek worden betrokken in de berekening van het eigen risico. Niet is gebleken dat het verplicht eigen risico 2013 van verzoekster reeds was 'volgemaakt'. De zorgverzekeraar heeft de bedragen van € 24,68 en € 27,26 dan ook terecht ten laste van het verplicht eigen risico 2013 gebracht.

 Conclusie

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

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2014,

 Voorzitter