

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2011.01177
Zittingsdatum : 25 januari 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, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 ziektekostenverzekeringen Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en het Beter Af Rotterdam Pakket zijn niet in geschil en blijven daarom 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, groot € 998,39 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 28 december 2010 en 13 januari 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 brief van 29 maart 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 8 september 2011 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 1 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 januari 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011127679) 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 natuurarts niet kan worden aangemerkt als een medisch specialist in de zin van de Zvw. De verwijzing voor de laboratoriumonderzoeken door de natuurarts is daarom geen geldige verwijzing als bedoeld in de polisvoorwaarden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 4 januari 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 januari 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 februari 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 6 februari 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 19 en 25 oktober 2010 hebben de laboratoriumonderzoeken plaatsgevonden in Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: het MCR).
 - 4.2. Volgens verzoekster zijn laboratoriumonderzoeken van vóór genoemde data altijd probleemloos vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Eind 2010 zijn de nota's ineens niet meer vergoed. Verzoekster voert aan dat zij door het MCR eerst bij brief van 9 december 2010 werd geïnformeerd dat een wijziging had plaatsgevonden in de vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek door de ziektekostenverzekeraar. Ten tijde van de laboratoriumonderzoeken heeft het MCR verzoekster niet gewaarschuwd dat de ziektekostenverzekeraar de kosten wellicht niet zou vergoeden. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd haar tijdig hierover te informeren.

Voorts stelt verzoekster dat de nota's in eerste instantie werden afgewezen omdat de aanvrager van de laboratoriumonderzoeken een alternatief arts is. Later bleek dat onenigheid is ontstaan tussen het MCR en de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster dienen het MCR en de ziektekostenverzekeraar dit op te lossen, zonder haar te duperen. Verder stelt verzoekster dat zij financieel niet in staat is de kosten van de laboratoriumonderzoeken (€ 998,39) te voldoen, aangezien zij leeft van een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid. Bovendien hebben de onderhavige laboratoriumonderzoeken uitgewezen dat zij een chronische ziekte heeft. De gehele kwestie ervaart zij als zeer vervelend.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de reden van afwijzing erin is gelegen dat onduidelijkheid bestaat over de voorschrijver van de onderzoeken. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering is niet af te leiden dat haar behandelend arts geen laboratoriumonderzoek zou mogen voorschrijven. De ziektekostenverzekeraar wijst in dat kader in een nagezonden stuk op bepaalde artikelen. Deze artikelen hebben echter geen betrekking op zorgverleners. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar naar de website heeft verwezen. Deze kan echter elk moment worden gewijzigd, en is om die reden niet betrouwbaar. Verzoekster voert aan dat zij contact heeft gehad met de zorgverlener, die haar heeft medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar gedurende het jaar de "spelregels" heeft veranderd. Tot slot stelt verzoekster dat zij al jaren onder behandeling is van deze arts. De kosten van de laboratoriumonderzoeken zijn steeds vergoed. Zij mocht dan ook er op vertrouwen dat dit in de onderhavige situatie ook het geval zou zijn. Verzoekster voelt zich gedupeerd.
- 4.4. 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 dat 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 natuurgeneeskundige, zodat de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. 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.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar erkent dat de kosten van het laboratoriumonderzoek eerder wel zijn vergoed. Destijds was het MCR een gecontracteerde zorgverlener, zodat de kosten rechtstreeks konden worden gedeclareerd. Het contract met het MCR is echter met ingang van 1 augustus 2010 beëindigd, omdat onjuiste declaraties werden ingediend. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoekster had kunnen weten dat de genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking kwam. Ook de zorgverlener kon dit op het moment van de laboratoriumonderzoeken weten.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen wijziging van de voorwaarden heeft plaatsgevonden. In de voorwaarden is steeds vermeld dat laboratoriumonderzoeken dienen te worden voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Dat in het verleden ten onrechte is vergoed, doet hieraan niet af. Het risico komt voor rekening van verzekerde. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij niet in de gelegenheid was verzoekster te waarschuwen, omdat de gang van zaken bij het MCR nog niet bekend was. Er moest eerst onderzoek worden verricht. Bovendien was niet duidelijk om welke verzekerden het ging.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. 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. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de laboratoriumonderzoeken ad € 998,39 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, als volgt:

"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, als volgt:

"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 Zorgverzekeringswet (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 en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 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.*
- *Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.*
- *Wij vergoeden niet de kosten van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.*

(...)

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 natuurgeneeskundig arts. Een natuurgeneeskundig 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 de onderhavige laboratoriumonderzoeken 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. Uit de reacties van de ziektekostenverzekeraar van 19 juli 2011 en 1 december 2011 blijkt dat de nota's van de laboratoriumonderzoeken niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat op grond van artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering enkel consulten van alternatieve genezers en therapeuten worden vergoed. De onderhavige laboratoriumonderzoeken zijn niet aan te merken als consulten en zijn als zodanig ook uitgesloten van vergoeding op basis van deze bepaling. De commissie concludeert dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de onderhavige laboratoriumonderzoeken ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar eerdere onderzoeken die door haar behandelend natuurgeneeskundig arts zijn aangevraagd, wel heeft vergoed. Dit is door de ziektekostenverzekeraar ook erkend. Verzoekster heeft verder gesteld dat het voor haar ten tijde van de laboratoriumonderzoeken niet kenbaar was dat deze niet werden vergoed. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. De onderhavige laboratoriumonderzoeken zijn uitgevoerd op 19 en 25 oktober 2010. Verzoekster is eerst bij brief van 9 december 2010 door het MCR geïnformeerd dat laboratoriumonderzoek, uitgevoerd door het MCR, niet langer zou worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Uit de stukken blijkt dat hieraan door de ziektekostenverzekeraar terugwerkende kracht is gegeven tot 1 augustus 2010. Verzoekster kan, gelet op de omstandigheden van het geval, niet 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 de zorgverlener 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.

Voorts zijn de polisvoorwaarden niet tussentijds gewijzigd, en is de betreffende zorg gedurende enkele jaren tot en met halverwege 2010 vergoed. Dat deze vergoeding, naar de ziektekostenverzekeraar thans stelt, ten onrechte is verleend omdat artikel 9 van de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor laboratoriumonderzoek, maakt het voorgaande niet anders. De commissie concludeert daarom dat verzoekster op het moment van de laboratoriumonderzoeken er op mocht vertrouwen dat deze volledig zouden worden vergoed.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. 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, 22 februari 2012,

Voorzitter