

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D en E te F
Zaak	: EU/EER, geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer	: 2008.01517
Zittingsdatum	: 25 maart 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.01517, EU/EER, geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

Tegen

C te D

en

E te F

beide verzekeraars hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 12 maart 2008 de laboratoriumkosten die in Nivelles (België) zijn gemaakt 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 Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Vrije Keuze Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).
- 3.2. Verzoeker is na zijn hartoperatie bekend met hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een laboratoriumonderzoek door zijn behandelend arts in België ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 16 februari 2008 heeft het onderzoek, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 23 juni 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 22 oktober 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering in te willigen.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 8 januari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en ziektekostenverzekeraar hebben op 26 januari respectievelijk 13 februari 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 20 januari 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 27 februari 2009 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat het laboratoriumonderzoek dat door de behandelend arts is voorgeschreven veel verder gaat dan zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.
- 3.11. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 maart 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben daarvan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij bekend is met hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte na een hartoperatie. Omdat zijn vrouw en dochter veel baat hebben bij de behandeling van hun aandoeningen door dr. G. Mouton te Brussel (België) heeft hij zich eveneens tot deze arts gewend. Voor de vaststelling van bloed- en urinewaarden hebben op 16 februari 2008, laboratoriumonderzoeken plaatsgevonden. Het door dr. Mouton voorgeschreven dieetproducten en de supplementen hebben ervoor gezorgd dat de bloeddruk en het cholesterolgehalte van verzoeker zich weer binnen de normaalwaarden bevinden.
- 4.2. Verzoeker stelt dat dr. Mouton een erkend arts is en dat het hier een reguliere behandeling betreft.
- 4.3. Verzoeker begrijpt niet waarom de laboratoriumonderzoeken die door het laboratorium te Nivelles (België) in 2007 ten behoeve van zijn echtgenote zijn uitgevoerd wel door de zorgverzekeraar zijn vergoed, terwijl hij deze kosten in 2008 niet meer krijgt vergoed. Hij stelt ook een aanvullende verzekering te hebben waarmee hij vrij is om

zelf zijn zorg te kiezen.

- 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 de onderhavige laboratoriumkosten niet onder de dekking van de zorgverzekering van 2008 vallen. Het door de behandelend arts in België aangevraagde laboratoriumonderzoek in verband met de behandeling van de hoge bloeddruk en het te hoge cholesterolgehalte, behoort niet tot zorg zoals huisartsen die plegen te bieden als bedoeld in de Zorgverzekeringswet. Dit blijkt uit artikel A4 van de beschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit nummer 5000-1900-08-3, met name de zinsnede 'De maximumtarieven voor incidentele en acute hulpverlening door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die plegen te bieden'. De behandelingen die verzekerde bij dr. Mouton ondergaat zijn niet incidenteel en acuut, verzekerde gaat immers met enige regelmaat naar België om zich daar door hem te laten behandelen.
- 5.2. Het laboratoriumonderzoek valt niet onder de dekking van de aanvullende verzekering van 2008.
- 5.3. De aanvullende verzekering van 2007 bevatte evenmin dekking voor de onderhavige zorg. Voor zover in 2007 vergoeding heeft plaatsgevonden, is deze gebaseerd op coulance.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de onderhavige laboratoriumkosten, op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de Zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in Deel B, Omvang Dekking van de zorgverzekering. Artikel 3 van Deel B, Omvang Dekking van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulp door een huisarts bestaat. Hierin is bepaald:

"Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt

begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek. “

Artikel 22 van Deel B, Omvang Dekking van de zorgverzekering, bepaalt ten aanzien van behandeling in het buitenland het volgende:

”Buitenland

lid 1

De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg, als bedoeld in artikel 1 lid 2 van deel B van de polisvoorwaarden, van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

lid 2

De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:

(...)

2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze zorgpolis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

(...)”

- 7.3. De regeling in de artikelen 3 en 22 van Deel B, Omvang Dekking van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van Deel A, Algemene bepalingen van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1, verwijst in het eerste lid naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer huisartsen die plegen te bieden. In artikel 2.1, tweede lid is voorts bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Omdat partijen niet strijden over de status van de behandelend arts - deze is volgens hen te kwalificeren als huisarts - zal de commissie het laboratoriumonderzoek primair toetsen aan artikel 3 van Deel B, Omvang Dekking van de zorgverzekering. In geschil is derhalve de vraag of het laboratoriumonderzoek dat op aanvraag van de behandelend arts is uitgevoerd bij de aandoening van verzoeker heeft te gelden als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.
- 7.7. Dienaangaande oordeelt de commissie in navolging van haar adviseur het CVZ als volgt. Op grond van de NHG richtlijn wordt bij cardiovasculair risicomanagement weliswaar laboratoriumonderzoek verricht, evenals een eventueel ECG en urineon-

derzoek, echter alleen op enkele heel specifieke waarden en niet op de veel uitgebreidere wijze zoals in het onderhavige geval door de Belgische behandelend arts aangevraagd. Een dergelijk laboratoriumonderzoek kan dan ook niet worden gekwalificeerd als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg in het buitenland is geregeld in artikel 15 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin wordt, voor zover relevant, het volgende bepaald:

*“In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed:
lid 1*

Onvoorziene behandelingen

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

(...)

lid 2

Voorziene behandelingen

– De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch--specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de [naam ziektekostenverzekeraar] Vrije Keuze Basisverzekering, (...)

– De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme tarieven.”

- 7.9. De aanvullende verzekering geeft aanspraak op vergoeding van voorziene zorg door medisch specialisten. Aangezien de behandelend arts van verzoeker niet is te beschouwen als medisch specialist, kan geen aanspraak worden ontleend aan de aanvullende verzekering voor de vergoeding van het onderhavige laboratoriumonderzoek.
- 7.10. Voor zover verzoeker zich beroept op de vergoeding van de laboratoriumonderzoeken van zijn echtgenote door dezelfde zorgverzekeraar in 2007 oordeelt de commissie dat verzoeker een andere aandoening heeft dan zijn echtgenote, zodat reeds om die reden het beroep op het gelijkheidsbeginsel niet kan slagen.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 april 2009,

Voorzitter