

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2012.01846
Zittingsdatum : 6 maart 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

Mevrouw 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 het Keuze 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 Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 € 475,53 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 8 februari 2011 en 8 maart 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 8 juli 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 14 november 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 januari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 januari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 februari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 februari 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 januari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 januari 2013 (zaaknummer 2013009458) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat verzoekster over een geldige verwijzing door een huisarts of andere medisch specialist beschikte. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 13 februari 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 7 maart 2013 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 22 maart 2013 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. In augustus 2010 heeft een natuurgeneeskundig arts, verbonden aan het Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: MCR), het bloed- en urineonderzoek aangevraagd. Het bloed is geprikt in augustus 2010 en het laboratoriumonderzoek is uitgevoerd in september 2010. De aflevering van de urine vond eveneens plaats in augustus 2010. Aangezien het urineanalyse-apparaat kapot was, vond het laboratoriumonderzoek plaats in november 2010. Eind december 2010 ontving verzoekster een nota voor de laboratoriumonderzoeken, die zij direct heeft doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Pas in februari 2011 kreeg zij een eerste reactie. In de tussentijd heeft verzoekster het bedrag voldaan om incassokosten te voorkomen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot vergoeding van de kosten van de laboratoriumonderzoeken, omdat het contract met het MCR in november 2010 met terugwerkende kracht tot 1 september 2010 is beëindigd. Verzoekster bestrijdt dit argument van de ziektekostenverzekeraar. In juli 2010 is namelijk soortgelijk laboratoriumonderzoek dat is uitgevoerd door het MCR, nog wél vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn contract met het MCR nadien kennelijk beëindigd, maar nagelaten verzoekster hierover te informeren. Zij is nimmer op de hoogte gesteld van een tussentijdse wijziging van de polisvoorwaarden. Verzoekster kan haar polis niet tussentijds wijzigen dan wel opzeggen. Het is onbillijk dat

de ziektekostenverzekeraar dit wel doet. Bovendien is door deze handelwijze van de ziektekostenverzekeraar haar de keuze ontnomen het laboratoriumonderzoek bij het MCR of een andere zorgverlener te laten plaatsvinden.

4.3. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij onder behandeling was bij het MCR. De laboratoriumonderzoeken die vanaf 2007 zijn uitgevoerd, waren allen aangevraagd door de natuurgeneeskundig arts. De betreffende nota's zijn rechtstreeks gedeclareerd en vergoed. Hier heeft verzoekster nooit enige inzage in gehad. Voor haar was derhalve onduidelijk of de zorgverlener correct handelde. Uit het CVZ-advies volgt dat een verwijzing van de huisarts of medisch specialist nodig is. De nota's van de onderhavige laboratoriumonderzoeken werden niet vergoed omdat de aanvrager een natuurgeneeskundig arts is. Dit is niet consequent, gelet op de eerdere vergoedingen.

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. 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 zijn de laboratoriumonderzoeken geschied in opdracht van een natuurgeneeskundig arts, zodat de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. Bovendien kent de zorgverzekering geen vergoeding voor alternatieve zorg.

5.2. Het MCR was van 1 januari 2007 tot 3 november 2010 gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Op grond van dit contract declareerde het MCR rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar.

5.3. Na een diepgaand onderzoek bleek echter dat het MCR de regels met betrekking tot het declareren van laboratoriumkosten niet correct heeft toegepast. Er werden kosten ten laste van de zorgverzekering gedeclareerd, zonder dat men daarvoor over de benodigde aanvraag van een huisarts of medisch specialist beschikte. Op 4 augustus 2010 zijn de betalingen aan het MCR feitelijk gestaakt, omdat het MCR de ziektekostenverzekeraar aldus heeft bewogen tot het uitkeren van onverschuldigde gelden waarop het centrum geen recht had. Als gevolg van deze handelwijze heeft de ziektekostenverzekeraar aanzienlijke schade geleden.

5.4. Gelet op de oneigenlijke wijze van declareren door het MCR, kan niet worden gesteld dat sprake is van een inconsistentie die eenvoudig had kunnen worden opgemerkt of dat de ziektekostenverzekeraar onoplettend is geweest. Evenmin is hierdoor een zeker vertrouwen bij de betrokken verzekerden gewekt. Zij waren op de hoogte of hadden op de hoogte moeten zijn van het feit dat geen sprake was van verzekerde zorg. Zij beschikten immers niet over een op grond van de polisvoorwaarden noodzakelijke verwijzing van een huisarts of medisch specialist. Concluderend kan geen sprake zijn van gewekt vertrouwen. Het niet op de hoogte zijn van de polisvoorwaarden komt voor rekening en risico van de betrokken verzekerden. Dit kan niet op de ziektekostenverzekeraar worden afgewenteld.

- 5.5. Eerder laboratoriumonderzoek – aangevraagd door de behandelend natuurgeneeskundig arts van verzoekster –, is inderdaad wél vergoed ten laste van de zorgverzekering. Intussen is bekend geworden dat voornoemde vergoeding van laboratoriumonderzoek ten onrechte is geschied. Om verzoekster niet te duperen is besloten deze vergoeding niet van haar terug te vorderen.
- 5.6. Bij het sluiten van een verzekeringsovereenkomst worden de polisvoorwaarden conform artikel 6:234 BW aan een verzekerde ter hand gesteld. De jaarlijkse wijzigingen worden door middel van het vergoedingenoverzicht aan een verzekerde kenbaar gemaakt. Daarnaast kan een verzekerde te allen tijde de polisvoorwaarden digitaal raadplegen of verzoeken om deze hem deze toe te zenden. Een verzekerde wordt derhalve geacht op de hoogte te zijn van de (inhoud van de) polisvoorwaarden, zodat onbekendheid met bepalingen voor rekening en risico van een verzekerde komt. Dit standpunt wordt door de commissie onderschreven in een bindend advies (2009.00991). De ziektekostenverzekeraar stelt dat de betreffende polisvoorwaarden tijdens de looptijd niet zijn gewijzigd. De enige verandering is dat de ziektekostenverzekeraar thans zelf controleert of er een juiste verwijzing voor laboratoriumonderzoek aanwezig is.
- 5.7. Onder de gegeven omstandigheden kan geen betekenis worden toegekend aan eerder door de commissie uitgebrachte bindende adviezen (2011.00980 en 2011.01177). De ziektekostenverzekeraar kan zich niet verenigen met deze beslissingen vanwege het volgende.
- 5.8. Bij onderhavige zorgverlening zijn drie partijen betrokken, te weten de ziektekostenverzekeraar, de verzekerde en de zorgverlener. De relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de verzekerde is gebaseerd op de verzekeringsovereenkomst en de bijbehorende polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar sluit in het kader van zijn zorgplicht overeenkomsten met zorgverleners. De commissie acht in de aangehaalde bindende adviezen van doorslaggevend belang het moment waarop de zorgverlener respectievelijk de verzekerde is geïnformeerd over het niet vergoeden van de laboratoriumonderzoeken en verbindt hieraan gevolgen door te stellen dat het een verzekerde niet kan worden tegengeworpen dat hij op basis van de polisvoorwaarden had moeten weten dat de genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking kwam. De door de Geschillencommissie gehanteerde uitleg brengt een aantal risico's met zich.
- 5.9. Ten eerste wordt bekendheid met de polisvoorwaarden van ondergeschikt belang geacht. Verzekerden mogen blijkbaar vertrouwen op informatie van anderen, zoals zorgverleners. Op deze manier wordt in de rechtsverhouding tussen de verzekeraar en de verzekerde een derde partij geïntroduceerd die de afspraken uit de verzekeringsovereenkomst vergaand kan beïnvloeden. Dat op de zorgverlener een informatieplicht jegens de patiënt rust wordt niet betwist, maar een dusdanige uitleg waarbij in een bepaalde context de bekendheid met de polisvoorwaarden volledig wordt opzij gezet ten gunste van de informatie van een zorgverlener valt niet te rijmen met de strekking van deze informatieplicht.
- 5.10. Ten tweede wordt het verzekerde pakket verruimd in strijd met de bedoelingen van de wetgever. De ziektekostenverzekeraar is wat betreft de zorg die onder de zorgverzekering valt, gehouden de eisen die de wet- en regelgeving stellen aan het effectueren van een zorgaanspraak ten laste van die dwingendrechtelijke verzekering, te eerbiedigen. Er wordt voldaan aan hetgeen is bepaald in de Zvw, Bzv en Rzv. De ziekte-

kostenverzekeraar heeft niet de bevoegdheid andere of uitgebreidere zorgvormen in de zorgverzekering op te nemen.

- 5.11. In het verlengde van het voorgaande, speelt als derde punt de bevoegdheid van de commissie een rol. Aangezien zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak dan wel dekking bieden voor onderhavig laboratoriumonderzoeken, kan de ziektekostenverzekeraar de kosten niet ten laste brengen van de zorgverzekering (risicoverevening) dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. De kosten van het laboratoriumonderzoek komen dan ook ten laste van de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar. Uit het Reglement van de commissie volgt dat de commissie bij de beoordeling van een geschil dient uit te gaan van hetgeen in de wet, de verzekeringsovereenkomst en de jurisprudentie is bepaald. Hierin is zoals gezegd geen aanspraak op vergoeding van laboratoriumonderzoeken opgenomen. Het is dan ook niet aan de commissie om buiten haar bevoegdheid toch te beslissen dat een verzekeraar dient over te gaan tot vergoeding van dergelijke onderzoeken. Daarmee neemt de commissie namelijk in feite een beslissing over de besteding van de eigen middelen van de verzekeraar, en daartoe is de commissie niet bevoegd. De commissie kan derhalve geen beslissing nemen over de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.12. Ten vierde wordt misbruik van de zorg in de hand gewerkt, immers zorgverleners worden beloond voor het verkeerd declareren, nu de gevolgen hiervan op verzekeraars worden afgewenteld. Dit kan leiden tot (opzettelijke) benadeling van de verzekeraars door de zorgverleners en/of verzekerden en stijging van de zorgkosten.
- 5.13. De rechtsverhouding tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster dient op zijn eigen merites te worden beoordeeld. Voor de uitleg van de polisvoorwaarden geldt een strikte norm zoals blijkt uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (HR 16 mei 2008, NJ 2008, 284, Chubb/Europoint). Voorts dient tot uitgangspunt dat het een verzekeraar vrij staat om in de polisvoorwaarden de grenzen te omschrijven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen (vgl. HR 9 juni 2006, NJ 2006, 326). De begrenzing van de zorg ligt in de polisvoorwaarden. Ten onrechte worden door de commissie de afzonderlijk onderscheiden rechtsverhoudingen vermengd, waardoor niet verzekerde zorg door de ziektekostenverzekeraar dient te worden vergoed. Dit is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. Dit mede temeer nu verzoekster kennis had kunnen nemen van de polisvoorwaarden en van meet af aan had kunnen weten dat zij geen recht had op vergoeding aangezien de aanvrager een natuurge-neeskundig arts betreft.
Overigens is het vaste rechtspraak van de Hoge Raad (HR 9 juni 2006, NJ 2006, 326) dat bij verzekeringsovereenkomsten geen mogelijkheid bestaat voor uitbreiding van de verzekeringsdekking met een beroep op de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid (artikel 6:248 lid 2 BW).
- 5.14. Volgens verzoekster heeft het MCR haar eind december 2010 de nota rechtstreeks toegestuurd met de mededeling dat er moeilijkheden waren met de rechtstreekse afhandeling. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het MCR op 6 augustus 2010 per aangetekende brief op de hoogte is gesteld over de foutieve declaraties. Op 13 juli 2010 is het MCR in een persoonlijk gesprek reeds gewezen op onterechte uitbetalingen op basis van onjuiste gegevens. Daarnaast is bij dagvaarding van 3 november 2010 het contract met de ziektekostenverzekeraar ontbonden. Gelet op voornoemde acties, had het MCR verzekerden eerder dan 9 en/of eind december 2010 moeten in-

formeren over de gevolgen voor de laboratoriumonderzoeken. Vast staat dat het MCR in strijd met artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft gehandeld.

- 5.15. Onder verwijzing naar bindend advies 2011.01230 van de commissie is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat in onderhavige kwestie het verzoek om vergoeding van het laboratoriumonderzoek dient te worden afgewezen. Beide zaken vertonen gelijkheid, in die zin dat verzekerde niet op de hoogte was van de verbreking van de contractuele relatie tussen de verzekeraar en de zorgverlener.
- 5.16. Artikel 6:269 BW bepaalt dat ontbinding terugwerkende kracht mist. Dit betekent dat de overeenkomst met het MCR tot aan het tijdstip van de ontbinding in stand blijft. De overeenkomst vervalt door de ontbinding alleen voor de toekomst. Anders dan de commissie stelt, kan de ziektekostenverzekeraar het MCR niet aanspreken op grond van een toerekenbare tekortkoming, en in het verlengde hiervan geen schade verhalen voor de onderzoeken.
- 5.17. Voorts sluit de ziektekostenverzekeraar zich aan bij de advisering door het CVZ in eerder genoemde bindende adviezen (2011.00980 en 2011.01177). Het CVZ geeft uitleg over de aard, inhoud en omvang van de verzekerde prestaties. In voornoemde zaken werd geadviseerd de verzoeken af te wijzen, voor zover deze zien op de zorgverzekering, omdat geen sprake was van huisartsenzorg of medisch specialistische zorg zoals huisartsen respectievelijk medisch specialisten die plegen te bieden.
- 5.18. De kosten van het laboratoriumonderzoek worden eveneens niet vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, aangezien in artikel 2 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.
- 5.19. In de kwestie van verzoekster is nooit sprake geweest van gewekt vertrouwen. De ziektekostenverzekeraar wist, en kon redelijkerwijs niet eerder dan medio 2010 weten van de handelswijze van het MCR. Het is daarnaast duidelijk dat het gaat om onverzekerde zorg, zoals ook uit de polisvoorwaarden blijkt. Verzoekster wist en behoorde te weten dat de gedeclareerde zorg geen verzekerde zorg was, omdat de verwijzer geen huisarts of medisch specialist is. Dit zou wellicht anders zijn geweest als de ziektekostenverzekeraar van de onterechte vergoeding voor onverzekerde zorg op de hoogte was geweest en zijn werk- en handelswijze niet zou hebben gecorrigeerd. Hierdoor zou bij verzekerden de indruk hebben kunnen ontstaan dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks dat het onverzekerde zorg betrof, toch bereid was deze te vergoeden.
- 5.20. Nu vaststaat dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking bieden voor de laboratoriumonderzoeken, kunnen de kosten hiervan niet ten laste van de zorgverzekering (risicoverevening) en de aanvullende ziektekostenverzekering worden gebracht. De kosten van de laboratoriumonderzoeken zouden dan ten laste van de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar komen. Uit het Reglement van de commissie volgt dat bij de beoordeling van een geschil dient te worden uitgegaan van hetgeen in de wet, de verzekeringsovereenkomst en de jurisprudentie is bepaald. Als gezegd bestaat op basis van de wet en de verzekeringsover-

eenkomst geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de laboratoriumonderzoeken. Het is dan ook niet aan de commissie om buiten haar bevoegdheid te treden door te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot vergoeding van de kosten van onderhavige onderzoeken. Daarmee neemt de commissie namelijk in feite een beslissing over de besteding van de eigen middelen. Daartoe is de commissie niet bevoegd.

- 5.21. Het is begrijpelijk dat verzoekster een verwachting had over de vergoeding van de kosten van de laboratoriumonderzoeken, omdat de kosten van eerder onderzoek wel zijn vergoed. Een tegemoetkoming in de vorm van vergoeding van onderhavige laboratoriumonderzoeken is echter niet mogelijk.
- 5.22. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat van meet af aan in de polisvoorwaarden heeft gestaan dat laboratoriumonderzoek alleen wordt vergoed indien dit is aangevraagd door de huisarts of een medisch specialist. Verzoekster had hier derhalve van op de hoogte kunnen zijn. Dat in het verleden kosten zijn vergoed vond zijn oorzaak in het handelen van de zorgverlener. Er is geen sprake van gewekt vertrouwen, aangezien de ziektekostenverzekeraar niet kon weten dat de zorgverlener op deze wijze niet-verzekerde kosten declareerde.
- 5.23. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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, aangezien het geschil is gebaseerd op de tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster gesloten verzekeringsovereenkomst.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de laboratoriumonderzoeken ten bedrage van € 475,53 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 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. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(...)

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch 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. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(...)

Wij vergoeden de kosten van geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De vergoeding omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

(...)”

- 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.
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(...)

Wij vergoeden de kosten van consulten van de volgende alternatieve genezers of therapeuten:

A Artsen:

Een in Nederland gevestigde arts-acupuncturist, homeopathisch arts, arts voor natuurgeneeswijzen, antroposofisch arts, arts-enzymtherapeut, Sickness-arts, manueel arts of Moerman-artsen en overige artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen. Onder arts wordt in het kader van dit artikel tevens verstaan een osteopaat die lid is van het Nederlands Register voor osteopathie/ Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NRO/NVO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

Vergoeding: Voor de kosten van consulten van de hiervoor genoemde artsen tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 75,- per dag vergoed.

(...)

Gezamenlijke maximum vergoeding

Van de gezamenlijke kosten van de hiervoor onder A en B genoemde alternatieve genezers of therapeuten worden per kalenderjaar maximaal 24 consulten vergoed.

(...)"

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 onderhavige laboratoriumonderzoeken ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van alternatieve geneeswijzen. De vergoeding bedraagt maximaal € 75,- per dag met een maximum van 24 consulten per kalenderjaar. Laboratoriumonderzoeken komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat op grond van artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering enkel consulten van alternatieve genezers en therapeuten worden vergoed. Derhalve bestaat op basis hiervan geen aanspraak op vergoeding van de kosten van onderhavige laboratoriumonderzoeken ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.3. Verzoekster meent dat het onredelijk is dat zij de kosten van de laboratoriumonderzoeken dient te betalen, aangezien zij niet op de hoogte was van het feit dat de ziektekostenverzekeraar het contract met het MCR met terugwerkende kracht tot 1 september 2010 heeft beëindigd.
Door verzoekster is in dat kader ook gesteld dat de kosten van eerder laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit laatste erkend.
- 9.4. Er bestaat derhalve een bestendige gedragslijn, inhoudende dat de kosten van laboratoriumonderzoeken door het MCR, op aanvraag van een natuurgeneeskundig arts, door de ziektekostenverzekeraar werden vergoed. De ziektekostenverzekeraar is in beginsel gebonden aan een dergelijke gedragslijn. Hoewel in die zin sprake is van

rechtsverwerking, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar niet meer van de door hem uitgezette gedragslijn zou mogen afwijken. Indien hij echter hiertoe besluit, zal hij, gelet op de nadelige (financiële) gevolgen voor verzoekster, haar tijdig moeten waarschuwen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzuimd. Als gevolg van dit verzuim lijdt verzoekster schade. De ziektekostenverzekeraar is, nu hij nalatig is gebleven, gehouden verzoekster te compenseren door de onderhavige nota alsnog volledig te vergoeden.

- 9.5. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het op de weg van het MCR lag verzoekster over de wijziging te informeren maakt het voorgaande niet anders. De verplichting haar te waarschuwen vloeit namelijk rechtstreeks voort uit de bestaande verzekeringsrelatie tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar en kan niet op een derde worden afgewenteld. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter zitting benadrukt dat van verzoekster bekendheid met de polisvoorwaarden mag worden verwacht, en dat het MCR op een oneigenlijke wijze declareerde, waardoor geen sprake kan zijn van gewekt vertrouwen. Dit maakt het vorenstaande eveneens niet anders.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. 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, 3 april 2013,

Voorzitter