

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Eigen risico, onderzoek naar HPV-virus, preventief of medisch
noodzakelijk
Zaaknummer : 2012.02562
Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 19 en 20 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

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 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 twee sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten verzekeringen Beter Af Tandarts Polis twee sterren en het Beter Af Extra Pakket Studenten zijn niet in geschil en blijven in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij uitkeringsberichten van 18 november 2011, en van 4 en 11 januari 2012 bij verzoekster een bedrag van in totaal € 648,52 aan verplicht en vrijwillig eigen risico gevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 februari 2012 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 6 maart 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de twee gemaakte uitstrijkjes niet ten laste van de zorgverzekering en daarmee ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico mag brengen (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 10 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 15 mei 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 17 mei 2013 (zaaknummer 2013062316) heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat zij niet bevoegd is om in dit geschil een advies uit te brengen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 juli 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juli 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft een miskraam gehad, waarna zij bloedingen bleef houden. Zij heeft de huisarts bezocht, die een uitstrijkje heeft gemaakt. De huisarts deelde haar mede dat dit volgens het protocol was en puur preventief gebeurde.
 - 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten ten laste van de zorgverzekering gebracht, omdat hij van mening is dat het uitstrijkje medisch noodzakelijk was. Volgens verzoekster dienen de kosten echter ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te komen aangezien sprake is van preventieve zorg. In dat geval is zij niet het – verplicht en vrijwillig – eigen risico verschuldigd. Hetzelfde geldt voor de kosten van het uitstrijkje dat de gynaecoloog heeft gemaakt. De klachten waren toen al over.
 - 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekeraar niet nader toegelicht wat het onderscheid is tussen “preventief” en “medisch noodzakelijk”. De ziektekostenverzekeraar heeft dit onderscheid niet onderbouwd.
 - 4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat het ondergane uitstrijkje een preventief onderzoek naar baarmoederhalskanker betreft. Gebleken is dat de PAP2-indicatie in-tussen een PAP1-indicatie is geworden. Preventief onderzoek valt onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar de ziektekostenverzekeraar ziet dit anders. Opvallend is wel dat de verzekeringsvoorwaarden in het volgende jaar zijn aangepast.
 - 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Een preventief medisch onderzoek is een geneeskundig onderzoek dat, zonder dat sprake is van gezondheidsklachten of een indicatie, wordt aangeboden aan mensen met het oog op een mogelijk gezondheidsrisico of –probleem. Een uitstrijkje valt onder preventief onderzoek als dit wordt gemaakt zonder dat er voorafgaand klachten zijn. Het woord “preventief” behoort tot het algemeen taalgebruik. Daarom is het niet noodzakelijk de betekenis van dit begrip uit te leggen in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Verzoekster is met klachten naar de huisarts gegaan. Na haar miskraam bleven de bloedingen aanhouden. Het onderzoek dat de huisarts liet uitvoeren, valt onder huisartsenzorg. Op kosten van onderzoeken in opdracht van de huisarts is het eigen risico van toepassing. Als een huisarts een onderzoek laat doen om zaken uit te sluiten, is dit geen preventief onderzoek. Anders zou men van alles als een preventief onderzoek kunnen zien. Veel onderzoeken worden immers gedaan om uit te sluiten dat er meer aan de hand is. Zo werkt medische diagnostiek.
- 5.3. De huisarts heeft verzoekster doorverwezen naar de gynaecoloog. Die heeft ook een uitstrijkje gemaakt, hetgeen valt onder de door het ziekenhuis gedeclareerde DBC. Verder heeft de gynaecoloog een echografie van de buikorganen laten uitvoeren. Ook hierop is het eigen risico van toepassing.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor zover bekend geen wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden heeft plaatsgevonden. Er werd altijd al onderscheid gemaakt tussen preventief onderzoek en onderzoek op aanvraag van de huisarts of een medisch specialist.
- 5.5. 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 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de kosten van de twee gemaakte uitstrijkjes ten laste van de zorgverzekering en daarmee ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico mag brengen

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde

zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. 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:

"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."

- 8.4. Artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplichte eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 170,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

7.3 Op de vergoeding van zorg kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 170,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:

- *de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;*
- *de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;*
- *de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:*
 - a. *een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;*
 - b. *vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.*
- *de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;*
- *nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;*
- *zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. (...)"*

- 8.5. Artikel 8 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

8.3 Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;*
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;*
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:*
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;*
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.*
- de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;*
- nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;*
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. (...)”*

- 8.6. De artikelen 7 en 8 van de ‘algemene voorwaarden’ 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).

- 8.7. 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. Huisartsenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Het verplichte eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw, en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in artikel 20 Zvw, en verder uitgewerkt in artikel 2.18 Bzv.

- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel 36 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van preventieve onderzoeken en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);*
- borstkanker;*
- hart- en vaatziekten;*
- prostaatkanker.*

Voorwaarden

Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een door ons gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatkanker.

Beter Af Plus Polis

(...)

2 sterren 100%

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Vast staat dat bij verzoekster twee uitstrijkjes zijn gemaakt; één door de huisarts en één door de gynaecoloog. Met name met betrekking tot het uitstrijkje dat is gemaakt door de huisarts, is verzoekster van mening dat dit preventief heeft plaatsgevonden, en zodoende moet worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat sprake is van medische diagnostiek, zodat de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering, en daarmee ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico komen.
- 9.2. Verzoekster kwam zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog met klachten, bestaande uit aanhoudende bloedingen na een miskraam. Ook was bij haar chlamydia geconstateerd. De huisarts heeft gezegd dat onder deze omstandigheden volgens het protocol een uitstrijkje dient te worden gemaakt. Dit gebeurde derhalve in het kader van diagnostiek en eventuele behandeling.

Gelet op de brief van de huisarts van 7 november 2011 heeft de verwijzing naar de gynaecoloog plaatsgevonden in verband met de uitslag Pap 2 en HPV positief. Voor beide uitstrijkjes geldt derhalve dat deze niet kunnen worden beschouwd als preventieve onderzoeken in de zin van artikel 36 van de aanvullende ziektekostenverzekering. De vraag is vervolgens of de betreffende kosten terecht onder het eigen risico op grond van de zorgverzekering zijn gebracht. De commissie merkt hierover het volgende op.

- 9.3. De huisarts heeft het uitstrijkje gemaakt, en dit naar het laboratorium gestuurd voor onderzoek. Deze kosten zijn niet uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Dit geldt eveneens voor de kosten van het door de gynaecoloog gemaakte uitstrijkje. Ook de overige door de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte bedragen zijn niet uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico op grond van de zorgverzekering zodat terecht verrekening heeft plaatsgevonden.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter