

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg: onderzoek naar voedselallergie
Zaaknummer : ANO07.074
Zittingsdatum : 7 maart 2007

Zaak: ANO07.074 Geneeskundige zorg: onderzoek naar voedselallergie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 13 maart 2006 inzake het afwijzen van de kosten van die hij heeft gemaakt in het Centrum voor Integrale Gezondheidszorg te Maastricht.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Hiernaast heeft verzoeker een aanvullende verzekering, pakket Classic, afgesloten.
- 3.2. Bij brief van 13 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten die hij heeft gemaakt in het Centrum voor Integrale Gezondheidszorg te Maastricht niet worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 20 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 27 september 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de genoemde kosten te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 13 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 14 november 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 23 november 2006 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 29 november 2006 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.

- 3.9. Bij brief van 25 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 26 februari 2007 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit bindend advies gehecht. In zijn advies concludeert het college dat het uitvoeren van de aangevraagde uitgebreide oriënterende tests bij de gegeven klachten niet conform wetenschap en praktijk zijn. De testen zijn mogelijk wel onderdeel van medisch-specialistische (tweedelijns)zorg, doch daartoe ontbreekt een verwijzing.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft een onderzoek laten uitvoeren in het Centrum voor Integrale Gezondheidszorg te Maastricht. Dit onderzoek betrof een uitgebreid bloedonderzoek naar voedselallergie en de kosten van dit onderzoek waren € 694,50.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar van oordeel is dat dit kosten voor alternatieve geneeswijze betreft. Dit is volgens verzoeker niet het geval. Volgens verzoeker zijn de gevonden allergieën in dit stadium nog redelijk goed te hanteren en zijn qua behandeling vele malen goedkoper dan de behandeling van eventuele darmkanker.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de kosten die verzoeker gemaakt heeft ,onder alternatieve geneeswijzen valt. Zodoende kan het niet uit de basisverzekering vergoed worden. De zorgverzekeraar geeft aan welk artikel in de aanvullende verzekering geldt in het geval van verzoeker.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat de behandelend arts wel een arts is, maar geen huisarts of medisch specialist. Op grond van de aanvullende verzekering heeft verzoeker zodoende recht op € 28,- vergoeding per kalenderjaar.
- 5.3. De zorgverzekeraar geeft vervolgens aan dat er alleen een aanspraak op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek bestaat, als het onderzoek plaatsvindt in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenlaboratorium. Het laboratorium in Weert voldoet volgens de zorgverzekeraar niet aan deze voorwaarden.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
- Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een mixpolis. De kosten van huisartsenzorg vallen conform artikel 13 van de polisvoorwaarden onder de restitutie bepaling. De kosten van medisch-specialistische zorg vallen conform artikel 12.3.1 van de polis onder de naturabepaling, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dit artikel is het volgende bepaald:

“Artikel 15 Medisch-specialistische zorg:

Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:- zorg door een trombosedienst;- second opinion door een medisch specialist;- niet-klinische hemodialyse in een dialysecentrum;- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;

- materialen die ertoe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op (vergoeding van de kosten van):a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;b. behandelingen gericht op de sterilisatie;c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie;d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

1. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;

2. de voor de niet-klinische hemodialyse en de chronische intermitterende beademing benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 30, Hulpmiddelenzorg;

3. bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd. De Regeling zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar;

4. voor de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) medisch-specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 13, Huisartsenzorg.”

In artikel 2.3 van de polisvoorwaarden is nog het volgende bepaald:

“2.3 Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 7.3. De regeling van de artikelen 2.3, 13 en 15 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2, onderdeel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Rzv. In artikel 2.4 van het Bzv is het volgende bepaald:

“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6 (...).”

- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Verzoeker heeft in het Centrum voor Integrale Gezondheidszorg een voedselanalyse en een ontlastingsanalyse uit laten voeren. Vergoeding van de met dit onderzoek gemoeide kosten is alleen aan de orde indien het onderzoek is uitgevoerd in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenlaboratorium. Daarvan is in dit geval geen sprake, terwijl het uitvoeren van de aangevraagde uitgebreide oriënterende tests bij de gegeven (maag)klachten, niet conform wetenschap en praktijk is, zoals in artikel 2.3 van de zorgverzekering wordt vereist.
- Bovendien vereist de polis een verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. De betrokken zorgverlener is een basisarts; zo is hij ook geregistreerd in het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) Register. De commissie is van oordeel dat deze arts niet aangemerkt worden als een huisarts of een medisch-specialist. Zodoende concludeert de commissie dat het onderzoek dat verzoeker heeft ondergaan niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 mei 2007

Voorzitter