



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, laboratoriumonderzoek, alternatieve geneeswijzen

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 6:238 BW

Zaaknummer : 201902674

Zittingsdatum : 2 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 14 augustus 2020 heeft verzoekster per e-mailbericht de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is eveneens op 27 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Tandfit Module D en ONVZ Wereldfit zijn niet in het geding en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar de kosten van een op 18 mei 2019 uitgevoerd bloedonderzoek, ten bedrage van € 272,-, gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan geweigerd.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 3 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het bloedonderzoek te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit het bepaalde op bladzijde 22 van de Algemene regels 2019.

6. Beoordeling

6.1. De relevante verzekeringsvoorwaarde is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Tevens is hierin artikel 6:238 Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoekster voert in de eerste plaats aan dat de kosten van eerdere bloedonderzoeken, door haar ondergaan in 2014 en 2016, wel zijn vergoed. Dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot het coulanchehalve vergoeden van het onderhavige onderzoek verheugt haar, maar laat de bestaande onduidelijkheid over haar aanspraken op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voortbestaan. In die zin heeft zij belang bij een bindend advies van de commissie.

In dit verband stelt verzoekster dat zij voldoet aan de toepasselijke voorwaarden. Er is sprake van een arts, zoals blijkt uit de overgelegde inschrijving in het BIG-register, en het onderzoek heeft plaatsgevonden op voorschrift van deze arts. Zoals uit de nota blijkt, heeft deze betrekking op 'medische diagnostiek'. Dit behelst in haar geval een consult en het onderzoek, en dit tezamen kan worden aangemerkt als een behandeling. In vervolg hierop is verzoekster vitaminepreparaten gaan gebruiken. Verdere behandeling was daarom niet nodig.

De ziektekostenverzekeraar hanteert in het kader van zijn afwijzende beslissing een terminologie die niet voorkomt in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster noemt in dit kader: 'alternatief arts', 'alternatieve behandelaar', 'alternatief consult', en 'alternatief laboratoriumonderzoek'. De eis dat het een 'lopende behandeling' moet betreffen volgt evenmin uit de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster concludeert dat indien de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing wil onderbouwen onder verwijzing naar voorgaande termen, hij deze in de verzekeringsvoorwaarden moet opnemen.

6.3. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat een laboratoriumonderzoek in twee situaties kan worden vergoed, te weten bij diagnostiek voor eerstelijnszorg ten laste van de basisverzekering, en indien nodig voor een alternatieve behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het eerste is bij verzoekster niet aan de orde. Op grond van het bepaalde op bladzijde 173 van de Algemene regels 2019 is vergoeding in het tweede geval alleen mogelijk als het onderzoek "voor uw behandeling nodig is". Dit betekent dat het moet gaan om een lopende behandeling. In de situatie van verzoekster is geen sprake van een voorafgaande alternatieve behandeling of van een alternatieve behandeling in vervolg op het onderzoek.

De eerder verleende vergoedingen waren ten onrechte. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de in 2019 gemaakte kosten uit coulanche.

6.4. De commissie overweegt dat op de bladzijden 173 e.v. van de Algemene regels 2019 is bepaald dat een verzekerde voor alternatieve geneeswijzen terecht kan bij een arts of een behandelaar die volwaardig lid is van een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsorganisatie, en voldoet aan de PLATO-eisen. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot '€ 65 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 1.000 maximaal per behandeling/kalenderjaar' Onder het kopje 'Dit moet u zelf doen' is bepaald: 'Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar'.

6.5. Partijen zijn er niet langer erover verdeeld dat de behandelaar van verzoekster een arts is. Deze arts heeft ook het bloedonderzoek voorgeschreven. Waar de meningen van partijen over uiteenlopen, is of het een vereiste is dat het onderzoek plaatsvindt in het kader van een (alternatieve) behandeling, en zo ja of in het geval van verzoekster kan worden gesproken van een 'behandeling'.

De commissie stelt vast dat de door de ziektekostenverzekeraar geformuleerde eis niet volgt uit de verzekeringsvoorwaarden. De gemaximeerde vergoeding heeft duidelijk betrekking op drie onderdelen, te weten (i) het consult/de behandeling, (ii) het (laboratorium)onderzoek, en (iii) de geregistreerde geneesmiddelen. Dat de onderdelen (ii) en (iii) in het algemeen zijn verbonden aan een 'alternatieve behandeling' ligt weliswaar in de rede, gelet op het hoofdstuk waarin een en ander is geplaatst, maar is niet als voorwaarde geformuleerd. Denkbaar zou zijn geweest dat de formulering "het hiermee samenhangende (lab)onderzoek" was gebruikt, maar daar is niet voor gekozen.

- 6.6. Indien hierover twijfel bestaat, geldt dat de bepaling over alternatieve geneeswijzen op pagina 173 van de verzekeringsvoorwaarden weliswaar in beginsel een kernbeding van de zorgverzekering is en geen algemene voorwaarde, maar bij onduidelijkheid of onbegrijpelijkheid van een kernbeding, is de regeling voor algemene voorwaarden zoals te vinden in Titel 5, afdeling 3 van boek 6 BW van toepassing en daarmee artikel 6:238 BW. Artikel 6:238, tweede lid, BW bepaalt dat bedingen in algemene voorwaarden van consumentenovereenkomsten duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld, en dat bij twijfel over de betekenis van een beding, de voor de wederpartij - in dit geval verzoekster - gunstige uitleg prevaleert.

De term 'behandeling' is te algemeen en onvoldoende duidelijk om hieronder uitsluitend een behandeling in het kader van alternatieve geneeswijzen te kunnen verstaan, nog daargelaten dat uit het onderzoek ook had kunnen blijken dat geen enkele vorm van behandelen was aangewezen, dus ook niet het gebruik van vitaminepreparaten.

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:
 (i) de kosten van het bloedonderzoek moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en
 (ii) aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 9 december 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Alternatieve geneeswijzen

Een aanvulling op reguliere behandelingen.

Wat u vergoed krijgt

Alternatieve geneeswijzen zijn onderzoeken en behandelingen waarvan de werking (nog) niet wetenschappelijk is vastgesteld.

De **basisverzekering** vergoedt alternatieve geneeswijzen niet.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden alternatieve consulten en behandelingen gericht op (het genezen van) een aandoening. De maximale vergoeding per consult of behandeling staat hieronder. Wij vergoeden maximaal 1 consult of behandeling per dag.

De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook geregistreerde¹ homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en (laboratorium)onderzoek dat voor uw behandeling nodig is.

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar voor de consulten en behandelingen en (bij Optifit en hoger) geneesmiddelen en (laboratorium)onderzoek samen.

Hier kunt u terecht

- arts
- behandelaar die volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie², en voldoet aan de PLATO-eisen³
- voor geneesmiddelen: apotheek of apotheekhoudende huisarts

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 30 per consult of behandeling, tot € 400 Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
Benfit	€ 30 per consult of behandeling, tot € 500 Maximaal per behandeling/kalenderjaar Geen geneesmiddelen en (lab)onderzoek
Optifit	€ 65 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 750 Maximaal per behandeling/kalenderjaar
Topfit	€ 65 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 1.000 Maximaal per behandeling/kalenderjaar
Superfit	€ 75 per consult of behandeling + (lab)onderzoek + geregistreerde geneesmiddelen samen tot € 1.500 Maximaal per behandeling/kalenderjaar

¹ Deze hebben een RVG of RVH nummer gekregen van het CBG

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/plato-eisen

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

Let er op dat uw zorgverlener arts is, of volwaardig lid is van een door ons erkende beroepsorganisatie en voldoet aan de PLATO-eisen

Zorg van andere zorgverleners vergoeden wij niet.

Voor laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben van uw arts of behandelaar

Geneesmiddelen haalt u bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die u ergens anders haalt, vergoeden wij niet.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die normaal gesproken binnen het beroepsprofiel van de arts of behandelaar valt. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is. Activiteiten die niet gericht zijn op (genezing van) een aandoening vergoeden wij niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor Yoga en Mindfulness.

Wij vergoeden maximaal de gebruikelijke tarieven van de beroepsgroep

U vindt die meestal op internet.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 238

1. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237, kan jegens de wederpartij geen beroep worden gedaan
 - a. op het feit dat de overeenkomst in naam van een derde is gesloten, indien dit beroep berust op het enkele feit dat een beding van deze strekking in de algemene voorwaarden voorkomt;
 - b. op het feit dat de algemene voorwaarden beperkingen bevatten van de bevoegdheid van een gevolmachtigde van de gebruiker, die zo ongebruikelijk zijn dat de wederpartij ze zonder het beding niet behoefde te verwachten, tenzij zij ze kende.
2. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg.