

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2011.02558
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010-2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010-2011)

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 3 sterren 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 € 1.634,51 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 februari 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 brieven van 25 maart 2011, 21 april 2011 en 30 mei 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 7 maart 2012, verzonden per e-mail van 8 maart 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. Nadien heeft zij haar verzoek uitgebreid en verzocht haar tevens een schadevergoeding toe te kennen (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 7 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 juli 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoekster heeft op 12 juli 2012 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 juni 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012075022) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van zorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden, aangezien een bedrijfsarts niet kan worden aangemerkt als een huisarts of medisch specialist in de zin van de Zvw. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 juli 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 11 september 2012 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 13 september 2012 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. Op 21 september 2010, 29 september 2010, 20 oktober 2010, 4 januari 2011, 6 januari 2011, 14 januari 2011 en 19 januari 2011 hebben de laboratoriumonderzoeken plaatsgevonden in Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: het MCR).
 - 4.2. Volgens verzoekster is laboratoriumonderzoek van vóór voornoemde data probleemloos vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Na een aantal maanden hebben wederom laboratoriumonderzoeken plaatsgevonden bij het MCR. Deze werden ineens niet meer vergoed. Hiertoe gebruikte de ziektekostenverzekeraar steeds wisselende afwijzingsgronden. Verzoekster is lopende het jaar 2010 door de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd over het wijzigen van de polisvoorwaarden dan wel een onterechte vergoeding van het laboratoriumonderzoek.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft een precedent geschapen door het laboratoriumonderzoek van juli 2010 te vergoeden. Omdat zij erop vertrouwd was dat de laboratoriumonderzoeken zouden worden vergoed, heeft zij deze voortgezet en zelfs, op advies van haar behandelend arts, uitgebreid. Indien verzoekster had geweten dat de laboratoriumonderzoeken niet zouden worden vergoed, had zij andere keuzes gemaakt. Het gaat namelijk om een grote bedragen. Verzoekster voelt zich gedupeerd. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om een vergoeding uit coulance, maar dit werd afgewezen. Dit bevreedt verzoekster, omdat zij bekend is met een vergelijkbaar geval, waarin wél werd overgegaan tot een vergoeding uit coulance.
- 4.4. Het kan verzoekster niet worden tegengeworpen dat zij op grond van de polisvoorwaarden had moeten weten dat de genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking kwam. Het MCR was destijds door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd en declareerde rechtstreeks bij hem. Op grond van het feit dat het eerste laboratoriumonderzoek werd vergoed mocht verzoekster erop vertrouwen dat de toekomstige nota's van laboratoriumonderzoeken eveneens zouden worden vergoed. Bovendien zijn de laboratoriumonderzoeken aangevraagd door een bedrijfsarts, en die is aan te merken als medisch specialist. Bij het lezen van de polisvoorwaarden was zij derhalve in de veronderstelling dat het laboratoriumonderzoek zou worden vergoed. De vergoeding van het eerste laboratoriumonderzoek bevestigde dit.
- 4.5. Voorts vordert verzoekster een schadevergoeding van de ziektekostenverzekeraar ter zake van de tijd, kosten en moeite die zij reeds aan deze kwestie heeft besteed.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich destijds tot een paramedisch centrum heeft gewend. De kinesioloog waar zij onder behandeling was adviseerde onderhavige onderzoeken. De bedrijfsarts die aan het centrum verbonden is, trad op als aanvrager van de onderzoeken. Een en ander geschiedde in overleg met de kinesioloog. Aangezien haar verteld was dat een contract bestond tussen het MCR en de ziektekostenverzekeraar ging verzoekster ervan uit dat alles in orde was, temeer omdat het declareren en vergoeden ook altijd goed verliep. Verzoekster was niet op de hoogte van problemen tussen het MCR en de ziektekostenverzekeraar.
- 4.7. 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. Daarnaast wordt de omvang van de zorg begrensd door wat medisch specialisten en huisartsen als zorg plegen te bieden. Onderzoeken op aanvraag van genoemde zorgverleners, in het kader van een reguliere behandeling, worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. In het geval van verzoekster is het laboratoriumonderzoek geschied in opdracht van een bedrijfsarts. Een bedrijfsarts is geen medisch specialist of huisarts, zodat de kosten van het onderzoek niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt – bewust – geen dekking voor de laboratoriumonderzoeken. De nota's van het MCR zijn daarom terecht afgewezen.

- 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. Na een diepgaand onderzoek bleek dat het MCR de regels met betrekking tot het declareren van laboratoriumkosten niet correct had 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 onverschuldigd uitkeren van gelden. Als gevolg van deze handelswijze heeft de ziektekostenverzekeraar aanzienlijke schade geleden. Gezien 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. 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. Aan de eerdere vergoedingen kent de ziektekostenverzekeraar daarom geen betekenis toe.
- 5.3. Het laboratoriumonderzoek van verzoekster van juli 2010 is onterecht vergoed als gevolg van de oneigenlijke wijze van declareren door het MCR. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster hierdoor de verwachting had dat vergoeding geen probleem was. Dit kan de ziektekostenverzekeraar echter niet worden aangerekend. Nu bekend is geworden dat feitelijk geen recht op vergoeding bestond, is besloten de betrokken verzekerden tegemoet te komen door aan hen onterecht uitgekeerde vergoedingen niet terug te vorderen. Een tegemoetkoming in de vorm van een coulan-cevergoeding van latere nota's is niet mogelijk.
- 5.4. Omdat aan de hand van de door verzoekster ingezonden nota's niet kon worden beoordeeld of recht bestond op vergoeding van de kosten van de laboratoriumonderzoeken, heeft verzoekster desgevraagd de aanvraagformulieren toegezonden. Hieruit bleek dat de aanvrager niet voldoet aan de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen. Het is helaas niet mogelijk verzekerden individueel te informeren over de beëindiging van het contract met het MCR. De ziektekostenverzekeraar weet namelijk vooraf niet wie van zijn verzekerden gebruik gaat maken van de diensten van het MCR. De enige feitelijke wijziging is overigens dat vanaf januari 2011 een vergoeding van 80% van de kosten geldt, omdat er geen contract meer is met het MCR. Voor laboratoriumonderzoeken die geen betrekking hebben op een reguliere geneeskundige behandeling door een huisarts of medisch specialist bestaat, evenals voorheen, echter in het geheel geen recht op vergoeding.
- 5.5. Onder de gegeven omstandigheden kan geen betekenis worden toegekend aan de eerder door de commissie uitgebracht bindende adviezen (2011.00980 en 2011.01177). De door de Geschillencommissie gehanteerde uitleg brengt een aantal risico's met zich. 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 ver-

zekeringsovereenkomst 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 opzij wordt gezet ten gunste van de informatie van een zorgverlener valt niet te rijmen met de strekking van deze informatieplicht.

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

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.

Ten vierde wordt misbruik van de zorg in de hand gewerkt. Immers, zorgverleners worden beloond voor het verkeerd declareren, nu de gevolgen hiervan op de verzekeraars worden afgewenteld. Dit kan leiden tot (opzettelijke) benadeling van de verzekeraars door zorgverleners en/of verzekerden en stijging van de zorgkosten.

Het MCR had verzekerden eerder dan 9 december 2010 kunnen informeren over de gevolgen van de laboratoriumonderzoeken. Vast staat dat het MCR in strijd met artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft gehandeld. Voor onderhavige kwestie betekent dit dat op zijn minst de kosten van januari 2011 niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 5.6. Onderhavige kwestie vertoont gelijkenis met de zaak waarin reeds een bindend advies is uitgebracht (2011.01230). De gelijkenis is erin gelegen dat verzekerde niet op de hoogte was van de verbreking van het contract tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener. In voornoemd bindend advies wordt het verzoek afgewezen, omdat het de zorgverlener wordt aangerekend dat hij zijn informatieplicht conform artikel 38 Wmg niet nakomt. Dit zou in onderhavige kwestie eveneens moeten geschieden.
- 5.7. 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 plagen te bieden.

- 5.8. Bij dagvaarding van 3 november 2010 is de overeenkomst met het MCR ontbonden. Ontbinding mist terugwerkende kracht (art. 6:269 BW). Na de ontbinding kan de ziektekostenverzekeraar het MCR dan ook niet aanspreken op grond van toerekenbare tekortkoming en in het verlengde hiervan geen schade verhalen voor de laboratoriuonderzoeken.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bekendheid met de polisvoorwaarden van een verzekerde doorslaggevend is. Ook ten tijde van het indienen van de eerste declaratie had verzoekster moeten weten dat de onderzoeken moeten worden voorgeschreven door een huisarts of een medisch specialist. Er is geen sprake van gewekt vertrouwen, omdat de ziektekostenverzekeraar niet wist dat foutief werd gedeclareerd door het MCR.
- 5.10. 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 (2010-2011) 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 laboratoriuonderzoeken ter grootte van € 1.634,51 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen 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 (2010) en de artikelen 1 tot en met 42 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering (2011).
- Artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering (2010-2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg (poliklinisch) bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

“Artikel 4 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

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

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medische specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

(...)”

Artikel 22 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering (2010-2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 22 Huisartsenzorg

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.”

- 8.3. De artikelen 4 en 22 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering (2010-2011) 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. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en therapieën, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten.

Voorwaarden

- *De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseis maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.*
- *Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.*
- *Het consult wordt gegeven op individuele basis.*

Uitsluitingen

- *Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.*
- *Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.*

(...)

3 sterren: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar (...)"

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2011, met dien verstande dat consulten van alternatieve genezers of therapeuten tot maximaal € 40,- per dag worden vergoed, en maximaal € 640,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen wordt 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 bedrijfsarts. Een bedrijfsarts is geen medisch specialist of huisarts zoals bedoeld in de artikelen 4 en 22 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering (2010-2011). Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige laboratoriumonderzoeken ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor alternatieve geneeswijzen en therapieën. De vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per dag (2011: € 40,- per dag) met een maximum van € 350,- (2011: € 640,-) per persoon per kalenderjaar. Laboratoriumonderzoeken komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat op grond van artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010-2011) enkel consulten van alternatieve genezers en therapeuten worden vergoed. Derhalve bestaat op basis hiervan geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige laboratoriumonderzoeken ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar eerder laboratoriumonderzoek dat door de bedrijfsarts is aangevraagd, wel heeft vergoed. Dit is door de ziektekostenverzekeraar ook erkend. Verzoekster heeft verder gesteld dat het – mede hierdoor – voor haar ten tijde van de onderhavige laboratoriumonderzoeken niet kenbaar was dat deze niet werden vergoed. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.4. Vaststaat dat met ingang van 4 augustus 2010 de ziektekostenverzekeraar de betalingen aan het MCR feitelijk heeft gestaakt en dat de ziektekostenverzekeraar bij dagvaarding van 3 november 2010 de overeenkomst met het MCR heeft ontbonden. De in het geding zijnde laboratoriumonderzoeken zijn uitgevoerd op 21 september 2010, 29 september 2010, 20 oktober 2010, 4 januari 2011, 6 januari 2011, 14 januari 2011 en 19 januari 2011. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster eerst bij brief van 15 februari 2011 geïnformeerd dat de door het MCR uitgevoerde laboratoriumonderzoeken niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.5. In eerdere bindend adviezen heeft de commissie geoordeeld dat verzoekster, gelet op de omstandigheden van het geval, niet kan worden tegengeworpen dat zij op grond van de polisvoorwaarden had moeten weten dat de genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking kwam. Immers, aanvankelijk was een contract gesloten met het MCR. Het is een beslissing van de ziektekostenverzekeraar geweest het MCR te contracteren. Hierop heeft een verzekerde geen invloed. Als het MCR de gemaakte afspraken niet is nagekomen, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar de zorgverlener hierop rechtstreeks aan te spreken in plaats van de gevolgen hiervan – met terugwerkende kracht – af te wentelen op de verzekerden. Dit klemt temeer omdat de ziektekostenverzekeraar bij een toerekenbare tekortkoming van de zorgverlener de mogelijkheid heeft om daardoor veroorzaakte financiële schade op de zorgverlener te verhalen.
- 9.6. Voorts zijn de polisvoorwaarden niet tussentijds gewijzigd, en is de betreffende zorg, genoten in juli 2010, wél vergoed. Dat deze vergoeding, naar de ziektekostenverzekeraar thans stelt, ten onrechte is verleend omdat geen sprake was van een geldige verwijzing, maakt het voorgaande niet anders. De commissie concludeert daarom dat verzoekster op het moment van de laboratoriumonderzoeken er op mocht vertrouwen dat deze volledig zouden worden vergoed.
- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft tegen deze uitleg aangevoerd dat de bekendheid met de polisvoorwaarden van ondergeschikt belang wordt als de informatie van een derde partij kan prevaleren en aldus de inhoud van de verzekeringsovereenkomst verregaand kan beïnvloeden zonder partij te zijn bij deze overeenkomst.
- 9.8. Vooropgesteld wordt dat de polisvoorwaarden bepalen waarop verzoekster jegens de ziektekostenverzekeraar aanspraak kan maken. Indien de ziektekostenverzekeraar ondanks deze polisvoorwaarden overgaat tot vergoeding van strikt genomen niet-verzekerde prestaties is dat een gedraging van de ziektekostenverzekeraar en niet zozeer van de derde partij, in dit geval het MCR. Met de stelling dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe is overgegaan als gevolg van volgens zijn zeggen fraude van het MCR door het gebruik van onjuiste coderingen, moet de vraag worden beantwoord voor wiens risico de fraude komt, uitgaande van de juistheid van de veronderstelling: voor risico van de ziektekostenverzekeraar of voor risico van de verzekerde. Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. In de onderhavige zaak komt het voor risico van de ziektekostenverzekeraar, omdat een contractuele relatie bestond tussen de ziektekostenverzekeraar en het MCR, en gesteld noch gebleken is dat verzoekster kennis had van de gestelde fraude.

- 9.9. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat na ontbinding van de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en het MCR geen schadevergoeding mogelijk is, is rechtens onjuist. De toerekenbare tekortkoming die de grondslag voor de ontbinding van de overeenkomst vormt, biedt eveneens de grondslag voor aanvullende schadevergoeding, nog daargelaten dat uitgaande van de gestelde door het MCR gepleegde fraude sprake is van onrechtmatig handelen jegens de ziektekostenverzekeraar dat verplicht tot schadevergoeding.
- 9.10. Dat het oordeel van de commissie kan leiden tot een uitbreiding van het verzekerd pakket, ook al is de omvang hiervan dwingendrechtelijk bepaald door de wetgever, is het gevolg van het feit dat de wetgever de zorgverzekering in de vorm van een privaatrechtelijke overeenkomst heeft gegoten. Dat betekent dat toepasselijkheid van het privaatrecht kan leiden tot aanspraken die verder gaan dan de wetgever heeft beoogd. Anders dan door de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld, is van het door de commissie buiten haar bevoegdheid treden geen sprake, zodat die stelling geen doel treft.
- 9.11. Verzoekster heeft een schadevergoeding gevorderd. Aangezien deze vordering niet gespecificeerd en onvoldoende onderbouwd is, acht de commissie deze niet toewijsbaar.

Conclusie

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met uitzondering van de vordering tot schadevergoeding.
- 9.13. Aangezien het verzoek grotendeels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.12 omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 26 september 2012,

Voorzitter