

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C
te D
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek, eigen risico, aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 2013.00346
Zittingsdatum : 28 augustus 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 2012, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.4, 2.17-2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Blue Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Pakket B afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek, ten bedrage van € 230,59, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van het laboratoriumonderzoek zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, in verband waarmee € 220,- wettelijk verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening is gebracht.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 klachtenformulier van 22 april 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 augustus 2013 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 juni 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 11 juli 2013 (zaaknummer 2013072236) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat laboratoriumonderzoek behoort tot de verzekerde geneeskundige of medisch specialistische zorg. De kosten van laboratoriumonderzoek komen ten laste van de zorgverzekering, en vallen onder het verplicht eigen risico. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 7 augustus 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 augustus 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 30 augustus 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 4 september 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 verzoeker

- 4.1. Op 7 september 2012 heeft ten behoeve van verzoeker laboratoriumonderzoek plaatsgevonden bij Stichting Amsterdamse Trombosedienst en Artsenlaboratorium.
- 4.2. Op verwijzing van de huisarts is een bloed- en urinetest uitgevoerd. Dit was een preventief onderzoek naar mogelijke SOA-infecties. In artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat bloed- en urineonderzoek als een gezondheidstest wordt aangemerkt, en dat de kosten hiervan volledig worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft het laboratoriumonderzoek echter vergoed ten laste van de zorgverzekering, in verband waarmee het verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening is gebracht. Verzoeker meent dat dit onjuist is en dat de ziektekostenverzekeraar dit dient te corrigeren.
- 4.3. Voorts merkt verzoeker op dat in artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering staat: *“Wij hebben met een aantal zorgaanbieders speciale aanvullende afspraken zijn gemaakt. Hierdoor bent u verzekerd van goede zorg. Ga naar de zorggids op onze website voor onze voorkeursaanbieders.”* De term “voorkeursaanbieders” wijst volgens verzoeker op de mogelijkheid naar een andere zorgaanbieder te gaan. De

ziektekostenverzekeraar heeft als argument om niet tot vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering over te gaan, aangedragen dat het laboratoriumonderzoek niet is uitgevoerd door een gecontracteerde zorgverlener. In dit kader verwijst verzoeker naar de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2012. Hierin is in artikel 1 bepaald dat keuzevrijheid bestaat. Verzoeker mag zich voor zorg tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wenden. Overigens werd Stichting Amsterdamse Trombosedienst en Artsenlaboratorium door de huisarts aangewezen als zorgverlener. Zodoende is verzoeker daar heen gegaan.

- 4.4. Er hebben drie contactmomenten met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. De eerste keer was telefonisch. Toen werd verzoeker medegedeeld dat de kosten niet werden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering omdat niet alle gezondheidstesten waren gedaan. De tweede keer werd gezegd dat de kosten onder het verplicht eigen risico vielen, omdat de zorgverlener niet gecontracteerd was. De derde keer werd verzoeker medegedeeld dat een standaard bloedonderzoek had plaatsgevonden. Er heeft echter een SOA-onderzoek plaatsgevonden. Verzoeker concludeert dat de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is in zijn afwijzingsgrond.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de gezondheidstest niet limitatief is beschreven. Er staat dat deze onder andere kan bestaan uit de genoemde onderdelen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van een integrale medische gezondheidstest die als doel heeft het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen, en wordt gevolgd door een advies. Deze gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken: (i) meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage, (ii) vaststellen gewicht en BMI, (iii) bloed- en urineonderzoek, en (iv) beperkte inspanningstest om de conditie te bepalen. Een gecontracteerde zorgverlener mag deze zorg verlenen. De betreffende zorgverleners staan vermeld in de zorggids. Slechts indien het bloedonderzoek onderdeel is van een integrale medische gezondheidstest, zoals hiervoor omschreven, wordt dit vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft geen integrale medische gezondheidstest ondergaan. Een preventief SOA-onderzoek kan niet als zodanig worden aangemerkt.
 - 5.2. Artikel 14 van de zorgverzekering biedt aanspraak op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Het verplicht eigen risico is hierbij van toepassing. De declaratie die werd ontvangen, werd ingediend door een medisch specialist en vanuit een medisch specialistische instelling gedeclareerd. Derhalve is het laboratoriumonderzoek vergoed ten laste van de zorgverzekering en het verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners enkel van belang is in het kader van het uitvoeren van een integrale medische gezondheidstest als bedoeld in de aanvullende

ziektelkostenverzekering.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een onderdeel van de integrale medische gezondheidstest beperkt bloed- en urineonderzoek is. Dit onderzoek is niet specifiek. Verzoeker draait het als het ware om. Hij heeft een specifiek onderzoek ondergaan. Een dergelijk onderzoek is geen deel van de integrale medische gezondheidstest. De ziektekostenverzekeraar stelt dat, uitgaande van het spraakgebruik, niemand een dergelijk onderzoek zal betitelen als een integrale medische gezondheidstest. Het gaat om onderzoek op aanvraag van de huisarts.
- 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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

(...)

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

(...)

Door

Medisch specialist.

(...)

Verwijsbrief

*Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.
(...)"*

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"(...)

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening.

(...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;

(...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten.

(...)"

- 8.4. De artikelen 7 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17-2.19 Bzv.
- 8.6. 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.
- 8.7. In artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op een gezondheidstest geregeld. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Omschrijving:

integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat alleen uit de volgende onderzoeken:

- meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage;*
- vaststellen gewicht en BMI ('body mass index');*
- bloed- en urineonderzoek;*
- beperkte inspanningstest om uw conditie te bepalen.*

Wij hebben met een aantal zorgaanbieders speciale aanvullende afspraken gemaakt. Hierdoor bent u verzekerd van goede zorg. Ga naar de zorggids op onze website voor onze voorkeursaanbieders.

Bijzonderheden:

- 1. u hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO);*
- 2. de kosten van (preventieve) scans worden niet vergoed.”*

- 8.8. Artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat geen recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als de verzekerde verzekeringsplichtige in de zin van die wet is.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van de kosten van het onderhavige laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering. Het staat vast dat wordt voldaan aan de voorwaarden die gelden voor medisch specialistische zorg, zoals genoemd in artikel 14 van de zorgverzekering. Daarnaast is in artikel 7 van de zorgverzekering duidelijk beschreven dat laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts niet tot de huisartsenzorg behoort en dat op het laboratoriumonderzoek het verplicht eigen risico van toepassing is. Aangezien het eigen risico kennelijk niet was “vol gemaakt”, is de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 7 van de zorgverzekering, terecht overgaan tot het in rekening brengen bij verzoeker van het verplicht eigen risico ten bedrage van € 220,--.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. In artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat geen recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet. Zoals onder 9.1 is uiteengezet, betreft het hier zorg die ten laste van de zorgverzekering komt, zodat de uitsluiting onverkort van toepassing is en verzoekers stellingen – die uitgaan van een niet aanwezige keuzevrijheid – geen verdere bespreking behoeven.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 september 2013,

Voorzitter