

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2011.01570
Zittingsdatum : 25 januari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beiden te D

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 Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen Zorgconsulent en Zorgservicebureau zijn niet in geschil en blijven daarom onbesproken.

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 laboratoriumonderzoek ten bedrage van € 1.153,60 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 mei 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 brief van 9 juni 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 26 september 2011 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 (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 24 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2012 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011124827) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat verzoekster een geldige verwijzing had voor de laboratoriumonderzoeken. Aangezien het dossier geen medische gegevens bevat, kan het CVZ geen uitspraak doen over de vraag of sprake is van verzekerde zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 4 januari 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 25 januari 2012 telefonisch gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 30 januari 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 3 februari 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 27 april 2010, 1 september 2010 en 12 oktober 2010 hebben laboratoriumonderzoeken plaatsgevonden bij Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: het MCR).
 - 4.2. Het MCR heeft ten tijde van de laboratoriumonderzoeken aan verzoekster medegedeeld dat de betreffende nota's rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar zouden worden gedeclareerd ten laste van de zorgverzekering. Inmiddels is verzoekster gebleken dat dit gedurende jaren ook op deze wijze is geschied.
 - 4.3. De ziektekostenverzekeraar maakte op enig moment duidelijk dat de nota's niet werden vergoed, omdat de verwijzing door de huisarts niet op de nota's stond vermeld. Dit diende verzoekster te regelen met het MCR, waarna zij de nota's opnieuw kon declareren.

- 4.4. In de loop van 2010 kreeg het MCR echter de op verzoekster betrekking hebbende declaraties terug van de ziektekostenverzekeraar, omdat deze werden afgewezen. Verzoekster diende deze declaraties daarom zelf te betalen. In november 2010 ontving zij een nota van € 1.153,60. Volgens de ziektekostenverzekeraar was dit gecommuniceerd met het MCR, maar niet met de betreffende patiënten.
- 4.5. Verzoekster stelt dat zij niet op de hoogte was van de kwestie die kennelijk al langer speelt tussen het MCR en de ziektekostenverzekeraar. Was zij dat wel geweest, dan had zij de laboratoriumonderzoeken geclaimd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dan wel – na het bereiken van de maximumvergoeding – kunnen besluiten geen verdere onderzoeken te laten uitvoeren.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar dient zijn verantwoordelijkheid te nemen en de nota's alsnog te vergoeden, aangezien verzoekster door de gang van zaken ernstig wordt gedupeerd.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar nalatig is actie te ondernemen richting het MCR. Hierdoor staat zij als individuele patiënt met lege handen, aangezien zij – anders dan de ziektekostenverzekeraar – niet kan aantonen dat sprake is van structureel niet-correct declareren door het MCR. Verder vermoedt verzoekster dat een kern van waarheid schuilt in de mededeling van het MCR dat door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk werd ingestemd met de wijze van declareren.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De door verzoekster ingediende nota's van laboratoriumonderzoeken, uitgevoerd in het MCR, worden aangemerkt als alternatieve zorg. Hiervoor is geen dekking opgenomen in de zorgverzekering. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat wél aanspraak op alternatieve geneeswijzen. Het maximumbedrag waar verzoekster in 2010 recht op had, werd al aan haar uitgekeerd, zodat de nota's van het laboratoriumonderzoek niet voor vergoeding in aanmerking komen. Derhalve blijft € 1.153,60 voor rekening van verzoekster.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bovendien ontdekt dat het MCR zich niet aan de afspraak hield voor het declareren van kosten van zorg die worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Hierdoor werd ten onrechte zorg gedeclareerd en vond evenzeer ten onrechte vergoeding plaats. In september en oktober 2010 zijn twee nota's betreffende verzoekster teruggestuurd naar het MCR met de mededeling dat deze niet voor vergoeding in aanmerking komen. Aangezien het MCR deze nota's indiende, is deze reactie naar het MCR gestuurd en niet naar verzoekster.
 - 5.3. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij niet weet wanneer iemand gebruik gaat maken van de diensten van een laboratorium. Het is daarom onmogelijk de verzekerden van te voren te informeren over de wijze van declareren en vergoeden. Het MCR had verzoekster moeten mededelen dat een onderzoek, aangevraagd door een zorgverlener die een alternatieve geneeswijze beoefent, niet mag worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Het is begrijpelijk dat verzoekster teleurgesteld is dat de kosten van het laboratoriumonderzoek niet worden vergoed. Uit niets blijkt evenwel

dat verzoekster redelijkerwijs er op mocht vertrouwen dat deze kosten ten laste van de zorgverzekering zouden worden vergoed.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 kosten van de laboratoriumonderzoeken ad € 1.153,60 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van 'Deel B' van de zorgverzekering. Artikel 4 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.”

Artikel 5 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behoudens voor onvoorziene behandelingen.

(...)

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

*Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
(...)"*

- 8.3. De artikelen 4 en 5 van 'Deel B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A-1' 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"Vergoed worden de kosten van een consult bij of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult / behandeling, maximaal een consult / behandeling per dag met een maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

*Vergoed worden de kosten van een consult bij, of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 65,- per consult / behandeling, maximaal een consult / behandeling per dag met een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aanspraak op laboratoriumonderzoek bestaat indien dit onderzoek wordt geëntameerd door de huisarts of behandelend medisch specialist. In het onderhavige geval zijn de laboratoriumonderzoeken aangevraagd door M.L. van Wetten, een natuurgeneeskundig arts, zoals blijkt uit de overgelegde opdracht van het MCR. Een natuurgeneeskundig arts is geen huisarts of medisch specialist zoals bedoeld in de artikelen 4 en 5 van 'Deel B' van de zorgverzekering. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het onderhavige laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor alternatieve geneeswijzen. De vergoeding bedraagt maximaal € 85,- per consult of behandeling met een

maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Uit de overgelegde stukken blijkt dat verzoekster reeds kosten van alternatieve geneeswijzen tot dit maximumbedrag uitgekeerd heeft gekregen. Derhalve bestaat geen aanspraak op verdere vergoeding.

Werking privaatrecht

- 9.3. Verzoekster meent dat het onredelijk is dat zij de kosten van de laboratoriumonderzoeken dient te betalen, aangezien zij niet op de hoogte was van de problemen die kennelijk al langer bestonden tussen het MCR en de ziektekostenverzekeraar. Door verzoekster is in dat kader ook gesteld dat de kosten van het laboratoriumonderzoek gedurende enkele jaren ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit laatste niet gemotiveerd bestreden.
- 9.4. Er bestaat derhalve een bestendige gedragslijn, inhoudende dat de kosten van laboratoriumonderzoeken door het MCR, op aanvraag van een natuurgeneeskundig arts, door de ziektekostenverzekeraar werden vergoed. De ziektekostenverzekeraar is in beginsel gebonden aan een dergelijke gedragslijn. Hoewel in die zin sprake is van rechtsverwerking, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar niet meer van de door hem uitgezette gedragslijn zou mogen afwijken. Indien hij hier echter toe besluit, zal hij, gelet op de nadelige (financiële) gevolgen voor verzoekster, haar tijdig moeten waarschuwen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzuimd. Als gevolg van dit verzuim lijdt verzoekster schade. De ziektekostenverzekeraar is, nu hij nalatig is gebleven, gehouden verzoekster te compenseren door de onderhavige nota's alsnog volledig te vergoeden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 maart 2012,

Voorzitter