



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, preventief onderzoek, eigen risico, aanvullende
ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201401235
Zittingsdatum : 28 januari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 13, 19-22 Zvw, 2.4 en 2.17-2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

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 aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Natura (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 Uitgebreide Aanvullende Verzekering 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 een cardiologisch onderzoek, ten bedrage van € 318,28, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, in verband waarmee € 318,28 ter zake van het 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 23 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de vordering ter zake van het verplicht eigen risico te verminderen met het bedrag dat een uitgebreide gezondheidstest bij een voorkeursaanbieder zou kosten, te weten € 127,10. Verder onderzoekt het ziekenhuis nog of de kosten van het uitgevoerde laboratoriumonderzoek apart mochten worden gedeclareerd. Indien dit niet het geval is, laat het ziekenhuis deze kosten vervallen waarna verzoeker het betreffende deel van het eigen risico van de ziektekostenverzekeraar terug zal ontvangen.

3.4. Bij brief van 7 augustus 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 november 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 december 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014150570) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de geleverde zorg onder de Zorgverzekeringswet zou kunnen vallen. Verwijzing naar de tweedelijns is een verzekerde prestatie, mits er een medische, zorginhoudelijke indicatie is. Met de indicatie bepaalt de arts de behoefte aan geneeskundige zorg. Het dossier geeft geen antwoord op de vraag of de huisarts of verzoeker leidend was voor de verwijzing naar de tweedelijns. Overigens is de doelmatigheid van de verwijzing geen onderwerp van geschil. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 5 januari 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 7 januari 2015 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Naar aanleiding van een sportmedische keuring is verzoeker geadviseerd om in overleg met de huisarts een preventief cardiologisch onderzoek te laten uitvoeren.
- 4.2. Op verwijzing van de huisarts zijn een electrocardiogram, een echografie van het hart en laboratoriumonderzoek uitgevoerd. In artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de kosten van een gezondheidstest worden vergoed tot maximaal € 400,- per jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft het cardiologisch onderzoek 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 omdat de huisarts en de sportarts het wenselijk vonden dat hij een uitgebreid cardiologisch onderzoek onderging. De in artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering genoemde 'voorkeursaanbieders' boden deze zorg niet aan. Verzoeker heeft zich daarom gewend tot een gecontracteerd ziekenhuis dat deze zorg wel levert.
- 4.3. Verzoeker merkt in dat verband op dat de website van de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is over wat wordt bedoeld met een 'gecontracteerde' zorgaanbieder en een 'voorkeursaanbieder'. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker schriftelijk geïnformeerd dat hij voor een gezondheidstest terecht kan bij gecontracteerde zorgaanbieders. Het ziekenhuis dat het onderzoek heeft uitgevoerd is gecontracteerd. Verzoeker heeft op basis hiervan geconcludeerd dat het ziekenhuis ook zou kunnen worden beschouwd als een 'voorkeursaanbieder' in de zin van artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker stelt daarom dat de kosten moeten worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.4. In reactie op het advies van het Zorginstituut stelt verzoeker het volgende. Het advies heeft geen betrekking op de aanvullende ziektekostenverzekering, terwijl de hamvraag in het geschil juist is dat de ziektekostenverzekeraar de kosten niet ten laste van de aanvullende

ziekttekostenverzekering heeft vergoed. Volgens het Zorginstituut is het onduidelijk of de verwijzing naar de tweedelijng op basis van een indicatie van de arts dan wel op aandringen van verzoeker is geschied. Verzoeker stelt dat hierover duidelijk overleg heeft plaatsgevonden. Op basis van het rapport van de sportmedische keuring is overlegd met de huisarts. Door de familiale anamnese was de huisarts van mening dat een preventief cardiologisch onderzoek wenselijk was, waaronder een hartecho. Een summiere gezondheidstest van een gecontracteerde zorgaanbieder kan daarin niet voorzien. Verzoeker voert aan dat in het geval dat een gecontracteerde zorgaanbieder niet de gewenste onderzoeken kan uitvoeren, het opportuun is dat hij zich tot een andere (gecontracteerde) zorgaanbieder wendt teneinde in de door de huisarts en sportarts gewenste parameters te voorzien. Overigens was van een acute medische indicatie geen sprake. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 18 november 2014 valt sowieso op te maken dat de kosten van het laboratoriumonderzoek abusievelijk in rekening zijn gebracht.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft drie zorgactiviteiten geregistreerd. Dit zijn een eerste polikliniekbezoek, een electrocardiogram en een echografie van het hart. Het laboratoriumonderzoek is apart gedeclareerd. Inmiddels heeft het ziekenhuis de kosten van het laboratoriumonderzoek (€ 28,46) laten vervallen. Dientengevolge heeft de ziektekostenverzekeraar het bij verzoeker in rekening gebrachte eigen risico verlaagd.

5.2. Het ziekenhuis is een gecontracteerde zorgaanbieder voor medisch specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft het ziekenhuis niet gecontracteerd voor gezondheidstesten. Voor gezondheidstesten zijn aanvullende afspraken gemaakt met 'voorkeursaanbieders'. Deze 'voorkeursaanbieders' zijn te vinden in de zorggids op de website van de ziektekostenverzekeraar. Er kan gekozen worden uit twee gezondheidstesten: (i) een algemene (basis) gezondheidstest of een (ii) uitgebreide gezondheidstest.

5.3. Artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van een gezondheidstest. 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. Er is geen verwijzing nodig en een 'voorkeursaanbieder' mag deze zorg verlenen. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoeker geen gezondheidstest heeft ondergaan, zoals omschreven in artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Slechts indien de onderzoeken onderdeel zijn van de gezondheidstest, zoals hiervoor omschreven, worden deze vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.4. Artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat: (i) geen recht bestaat op vergoeding van de eigen bijdrage of het eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in de verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald, en (ii) (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de betreffende aanvullende verzekering niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. De behandelend specialist heeft de kosten van het onderzoek (€ 290,88) gedeclareerd als zijnde medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Derhalve is het cardiologisch onderzoek vergoed ten laste van de zorgverzekering en het verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht.

5.5. De ziektekostenverzekeraar betreurt het, dat verzoeker de informatie over 'gecontracteerde zorgaanbieders' en 'voorkeursaanbieders' op de website niet duidelijk vindt. Via 'Vergelijk en Kies' kunnen verzekerden nagaan bij welke zorgaanbieders zij terecht kunnen. De mogelijkheid bestaat te zoeken op naam van de zorg of op naam van de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar

streeft ernaar de informatie zo duidelijk en volledig mogelijk weer te geven en is van mening dat hij niet is tekortgeschoten in zijn informatievoorziening.

5.6. Gelet op de moeite die verzoeker heeft gedaan, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de vordering van het eigen risico te verminderen met € 127,10. Dit bedrag wordt in rekening gebracht voor het uitvoeren van een uitgebreide gezondheidstest door een 'voorkeursaanbieder'. Genoemd bedrag is inclusief de kosten van bloed- en urineonderzoek.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek voor het overige dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 36 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:

"Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. (...)

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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 € 350 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 de artikelen 19-22 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 gereuleerde 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. Artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een gezondheidstest en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 17. Gezondheidstest

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 luidt, voor zover hier van belang:

"1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

(...)

- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

(...)

- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een gezondheidstest. In dit artikel is bepaald dat een gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken: (i) meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage, (ii) vaststellen gewicht en BMI, (iii) bloed- en urineonderzoek, en (vi) beperkte inspanningstest om de conditie te bepalen. De ziektekostenverzekeraar heeft navraag gedaan bij het ziekenhuis. Uit de informatie gegeven door het ziekenhuis blijkt dat, naast een eerste polikliniekbezoek, bij verzoeker sprake is geweest van het maken van een electrocardiogram en een echografie van het hart. Dit zijn geen onderdelen van de gezondheidstest, zoals bedoeld in artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Om die reden biedt de aanvullende ziektekostenverzekering voor de uitgevoerde onderzoeken geen dekking. Het argument van verzoeker dat de huisarts en de sportarts een uitgebreid preventief cardiologisch onderzoek wenselijk vonden is, daargelaten de juistheid van dit argument, niet relevant voor het antwoord op de vraag of het onderzoek onder de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering valt.

9.2. Op grond van artikel 14 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Overeenkomstig genoemde bepaling heeft vergoeding van de door het ziekenhuis gedeclareerde kosten plaatsgevonden. Aangezien medisch specialistische zorg - en het daarbij behorende - laboratoriumonderzoek niet is uitgesloten van het wettelijk verplicht eigen risico, en dit eigen risico nog niet was 'vol gemaakt', heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende bedragen terecht bij verzoeker in rekening gebracht. Het ziekenhuis heeft de kosten van het laboratoriumonderzoek inmiddels laten vervallen, ten gevolge waarvan de ziektekostenverzekeraar de vordering ter zake van het eigen risico met € 27,40 heeft verlaagd. De commissie zal dit onderdeel daarom verder laten rusten.

9.3. In artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat geen recht bestaat op vergoeding van de eigen bijdrage of het eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in de voorwaarden anders is bepaald. Dit laatste is niet aan de orde, zodat het na aftrek van de coulantvergoeding en toepassing van de onder 9.2 bedoelde correctie resterende bedrag van € 163,78 (€ 318,28 - € 127,10 - € 27,40) ter zake van het eigen risico voor rekening van verzoeker komt.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2015,



Voorzitter

