

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 2013.00078
Zittingsdatum : 17 juli 2013

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

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

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 UWV Polis 3 sterren 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). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil, en blijft om die reden verder 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 € 1.755,51 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 maart 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. Onder meer bij brief van 16 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 26 februari 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 25 maart 2013 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 14 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 mei 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 mei 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 26 juni 2013 (zaaknummer 2013065082) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het laboratoriumonderzoek is aangevraagd door een natuurarts. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 17 juli 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn tijdens de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 juli 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 24 juli 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 verzoekster

- 4.1. Op 27 september 2010 heeft verzoekster de heer Musarella geconsulteerd voor diverse klachten waarna op zijn advies een laboratoriumonderzoek heeft plaatsgevonden bij Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: MCR).
- 4.2. In december 2010 kreeg verzoekster een brief van de ziektekostenverzekeraar waarin haar werd medegedeeld dat de nota voor het betreffende laboratoriumonderzoek, ten bedrage van € 1.755,51, niet zou worden vergoed omdat niet duidelijk was wie de aanvrager was. Uit de nota's die verzoekster van de heer Musarella ontving, blijkt dat hij 'dokter' is en beschikt over een registratie in het BIG-register. Hieruit heeft verzoekster afgeleid dat de heer Musarella te beschouwen is als medisch specialist. Verzoekster concludeert dat zij is misleid.

- 4.3. Voorts verwijst verzoekster naar een eerder advies van de commissie. Het betrof eveneens een zaak met betrekking tot het MCR en het verzoek werd in dat geval toegewezen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij te goeder trouw heeft gehandeld. Zij heeft de heer Musarella gevraagd naar zijn beroepsmatige achtergrond, waarop hij heeft geantwoord dat hij in Frankrijk bevoegd is operaties uit te voeren. Verder heeft verzoekster nadrukkelijk aandacht gevraagd voor het "tijdsverloop". Zij wijst er in dit verband op dat ten tijde van het laboratoriumonderzoek in het MCR, de ziektekostenverzekeraar nog niet bekend had gemaakt dat een onderzoek naar het foutief declareren gaande was en dat het contract met het MCR zou worden beëindigd.
- 4.5. 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 natuurarts. Een natuurarts 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 eveneens 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.
 - 5.3. Na een diepgaand onderzoek bleek echter dat het MCR de regels met betrekking tot het declareren van laboratoriumkosten niet correct heeft 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 uitkeren van gelden waarop het centrum geen recht had. Als gevolg van deze handelwijze heeft de ziektekostenverzekeraar aanzienlijke schade geleden.
 - 5.4. Gelet op 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. In het geval van verzoekster zijn geen andere laboratoriumkosten van het MCR door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

- 5.5. Onder de gegeven omstandigheden kan geen betekenis worden toegekend aan eerder door de commissie uitgebrachte bindende adviezen (2011.00980 en 2011.01177). De ziektekostenverzekeraar kan zich niet verenigen met deze beslissingen vanwege het volgende.
- 5.6. Bij onderhavige zorgverlening zijn drie partijen betrokken, te weten de ziektekostenverzekeraar, de verzekerde en de zorgverlener. De relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de verzekerde is gebaseerd op de verzekeringsovereenkomst en de bijbehorende polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar sluit in het kader van zijn zorgplicht overeenkomsten met zorgverleners. De commissie acht in de aangehaalde bindende adviezen van doorslaggevend belang het moment waarop de zorgverlener respectievelijk de verzekerde is geïnformeerd over het niet vergoeden van de laboratoriumonderzoeken en verbindt hieraan gevolgen door te stellen dat het een verzekerde niet kan worden tegengeworpen dat hij op basis van de polisvoorwaarden had moeten weten dat de genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking kwam. De door de Geschillencommissie gehanteerde uitleg brengt een aantal risico's met zich.
- 5.7. 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 verzekeringsovereenkomst 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 wordt opzij gezet ten gunste van de informatie van een zorgverlener valt niet te rijmen met de strekking van deze informatieplicht.
- 5.8. 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.
- 5.9. 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. De commissie kan derhalve geen beslissing nemen over de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar.

- 5.10. Ten vierde wordt misbruik van de zorg in de hand gewerkt, immers zorgverleners worden beloond voor het verkeerd declareren, nu de gevolgen hiervan op verzekeraars worden afgewenteld. Dit kan leiden tot (opzettelijke) benadeling van de verzekeraars door de zorgverleners en/of verzekerden en stijging van de zorgkosten.
- 5.11. De rechtsverhouding tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster dient op zijn eigen merites te worden beoordeeld. Voor de uitleg van de polisvoorwaarden geldt een strikte norm zoals blijkt uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (HR 16 mei 2008, NJ 2008, 284, Chubb/Europoint). Voorts dient tot uitgangspunt dat het een verzekeraar vrij staat om in de polisvoorwaarden de grenzen te omschrijven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen (vgl. HR 9 juni 2006, NJ 2006, 326). De begrenzing van de zorg ligt in de polisvoorwaarden. Ten onrechte worden door de commissie de afzonderlijk onderscheiden rechtsverhoudingen vermengd, waardoor niet verzekerde zorg door de ziektekostenverzekeraar dient te worden vergoed. Dit is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.
- 5.12. Onder verwijzing naar bindend advies 2011.01230 van de commissie is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat in onderhavige kwestie het verzoek om vergoeding van het laboratoriumonderzoek dient te worden afgewezen. Beide zaken vertonen gelijkheid, in die zin dat verzekerde niet op de hoogte was van de verbreking van de contractuele relatie tussen de verzekeraar en de zorgverlener.
- 5.13. Artikel 6:269 BW bepaalt dat ontbinding terugwerkende kracht mist. Dit betekent dat de overeenkomst met het MCR tot aan het tijdstip van de ontbinding in stand blijft. De overeenkomst vervalt door de ontbinding alleen voor de toekomst. Anders dan de commissie stelt, kan de ziektekostenverzekeraar het MCR niet aanspreken op grond van een toerekenbare tekortkoming, en in het verlengde hiervan geen schade verhalen voor de onderzoeken.
- 5.14. 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 plegen te bieden.
- 5.15. In de onderhavige kwestie is nooit sprake geweest van gewekt vertrouwen. Dit zou wellicht anders zijn geweest als de ziektekostenverzekeraar van de onterechte vergoeding voor onverzekerde zorg op de hoogte was geweest en zijn werk- en handelswijze niet zou hebben gecorrigeerd. Hierdoor zou bij verzekerden de indruk hebben kunnen ontstaan dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks dat het onverzekerde zorg betrof, toch bereid was deze te vergoeden. Dat is nooit aan de orde geweest.
- 5.16. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt herhaald.
- 5.17. 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 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 verzoeker gesloten verzekeringsovereenkomst.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de laboratoriumonderzoeken ter grootte van € 1.755,51 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.

Artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering 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.

(...)”

- 8.3. Artikel 22 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering 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.”

- 8.4. De artikelen 4 en 22 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 kwaliteitseisen 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 (...)

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 natuurgeneeskundig arts. Een natuurgeneeskundig arts is geen medisch specialist of huisarts zoals bedoeld in de artikelen 4 en 22 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering. Dat de betreffende arts ook staat ingeschreven in het BIG-register maakt dit niet anders. Hetzelfde geldt voor de aanduiding “dokter” op de nota’s. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker meent, kan uit het gebruik van deze aanduiding niet worden afgeleid dat betrokkene medisch specialist is. Overigens staat hij ook niet als zodanig ingeschreven in het BIG-register. Hetgeen de arts aan verzoekster heeft medegedeeld over zijn professionele achtergrond maakt het voorgaande niet anders, en hetgeen hij dienaangaande

heeft gesteld kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Aangezien betrokkene derhalve niet is aan te merken als huisarts of medisch specialist, 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 de kosten van alternatieve geneeswijzen. De vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per dag met een maximum van € 350,- 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 heeft aangevoerd dat zij te goeder trouw heeft gehandeld en heeft aandacht gevraagd voor het "tijdsverloop". De commissie merkt op dat de vraag of verzoekster te goeder trouw heeft gehandeld geen onderwerp vormt van de onderhavige procedure. Feit is dat de aanvrager van het laboratoriumonderzoek niet voldoet aan de in de verzekeringsvoorwaarden gestelde eisen, zoals onder 9.1 is overwogen. Waar het gaat om het "tijdsverloop" tekent de commissie aan dat de situatie rond het MCR, zoals deze zich in de tweede helft van 2010 heeft ontwikkeld, voor deze casus niet van belang is. Ook indien het laboratoriumonderzoek elders zou zijn uitgevoerd, zouden de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, vanwege de kwaliteit van de aanvrager. Hierbij kan nog worden opgemerkt dat door verzoekster niet eerder kosten van laboratoriumonderzoek op aanvraag van de heer Musarella, en uitgevoerd in het MCR, zijn gedeclareerd onderscheidenlijk vergoed door de ziektekostenverzekeraar, zodat in die zin niet kan worden gesproken van een gewekt en rechtens te honoreren vertrouwen.

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, 7 augustus 2013,

Voorzitter