

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, MRI, eigen risico, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2011.02529
Zittingsdatum : 18 april 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basis polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 oktober 2011 hem ter zake van een MRI een bedrag ter hoogte van € 348,63 in rekening te brengen in verband met het eigen risico 2011.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 20 december 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 23 december 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is ter zake van de MRI af te zien van het in rekening brengen van het eigen risico 2011 (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 februari 2012 aan verzoeker gezon-

den.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 maart 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 21 maart 2012 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De zorgverzekeraar heeft ten onrechte het eigen risico 2011 in rekening gebracht ter zake van de MRI die heeft plaatsgevonden in opdracht van de huisarts. Voorafgaand aan deze MRI heeft verzoeker namelijk telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar, en bij die gelegenheid is hem toegezegd dat de kosten worden vergoed ten laste van zorgverzekering. Hij ging dan ook ervan uit dat aan hem niets in rekening zou worden gebracht.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Een MRI wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit neemt niet weg dat hierop het eigen risico van toepassing is. Er wordt dan ook terecht een bedrag van € 348,63 bij verzoeker in rekening gebracht. Dit bedrag betreft het wettelijk eigen risico van € 170,-- en een deel van het vrijwillig eigen risico 2011 van € 500,-- per kalenderjaar. Verzoeker mag bekend worden verondersteld met de regeling omtrent het eigen risico, anagezien hij voor het jaar 2011 voor een vrijwillig eigen risico heeft gekozen.

5.2. Er is geen sprake geweest van een telefonische toezegging. Er is zelfs geen telefoongesprek geregistreerd. Verzoeker heeft ook niet aannemelijk gemaakt dat een gesprek heeft plaatsgevonden. Het is onduidelijk wanneer en met wie verzoeker zou hebben gesproken. Zo wel sprake is geweest van telefonisch contact, en een en ander is verlopen zoals verzoeker heeft gesteld, dan nog is geen sprake van een toezegging dat het eigen risico niet van toepassing is. Bovendien is de gestelde toezegging niet schriftelijk bevestigd, zoals vereist op grond van artikel A26 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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 zorgverzekeraar, ter zake van de onderhavige MRI, terecht het eigen risico 2011 bij verzoeker in rekening heeft gebracht.

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 met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“De huisarts is het eerste aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen op een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- huisartsenzorg, behalve de griepvaccinatie (tenzij daar een medische reden voor is,*
- door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek (...).”*

8.3. Artikel B8 van de zorgverzekering ziet op het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

(...)

- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. (...).”*

8.4. De artikelen B8 en B18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel B1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (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.

Het eigen risico is geregeld in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Een MRI-scan behoort in beginsel tot de medisch specialistische zorg. Een MRI-scan kan evenwel ook worden aangemerkt als huisartsenzorg, indien deze wordt aange-

vraagt door de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen. In de onderhavige situatie is sprake van een aanvraag door de huisarts die tevens aan laatstgenoemde eis voldoet. Daarom bestaat op grond van artikel B18 van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van de MRI-scan.

- 9.2. De vraag is vervolgens of de zorgverzekeraar ter zake van de MRI terecht het eigen risico 2011 ten hoogte van € 348,63 aan verzoeker heeft berekend. De commissie stelt in dit verband vast dat artikel B8 van de zorgverzekering een limitatieve opsomming van de uitgesloten zorgvormen voor de toepassing van het eigen risico bevat. Huisartsenzorg is uitgezonderd van het eigen risico. Echter, dit geldt niet voor het door de huisarts aangevraagde laboratorium- en functieonderzoek indien dit onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht, zoals in het onderhavige geval. Op de door de huisarts aangevraagde MRI is het eigen risico daarom onverkort van toepassing.

Telefonische toezegging

- 9.3. Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de zorgverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan. De enkele mededeling dat de kosten van een MRI ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, is overigens correct. Uit deze mededeling kan echter niet worden afgeleid dat het eigen risico niet van toepassing is. De eigen risicoregeling mag – zoals de ziektekostenverzekeraar terecht opmerkt – bij verzoeker bekend worden verondersteld, nu hij – naar moet worden aangenomen – na zorgvuldige afweging heeft gekozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico. Dit eigen risico geldt voor alle zorg die ten laste van de zorgverzekering komt, tenzij sprake is van één van de in artikel B8 van de zorgverzekering opgesomde uitzonderingen, die evenwel – zoals hierboven reeds is overwogen – in dit geval niet aan de orde zijn..

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, 18 april 2012,

Voorzitter