



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek
Zaaknummer : 201602880
Zittingsdatum : 10 mei 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013 en 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013 en 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 Plus Polis vier sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens in 2013 bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis drie sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 laboratoriumonderzoeken, ten bedrage van totaal € 645,70 (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringspecificatie van 5 mei 2015 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 15 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 7 december 2016 en e-mailbericht van 3 januari 2017 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).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2017 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 31 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017015201) bij wege van voorlopig advies aan de commissie medegedeeld dat het in casu niet gaat om een zorginhoudelijke vraag, maar om de vraag of het ELN een erkende zorgverlener is en of verzoekster is doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Daarom heeft het Zorginstituut in dezen geen adviesbevoegdheid. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 april 2017 aan partijen gezonden.
- 3.8. Partijen zijn op 20 april 2017 uitgenodigd voor de hoorzitting van 10 mei 2017. Op en rond de in de uitnodiging vermelde tijdstip is verzoekster zowel op het door haar opgegeven mobiele telefoonnummer als op het in de stukken gevonden vaste telefoonnummer verschillende keren gebeld. Bij al deze gelegenheden was verzoekster telefonisch niet bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is op 10 mei 2017 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is als arts werkzaam in een groot ziekenhuis. Aangezien verzoekster het vermoeden had dat bij haar sprake was van een bloedafwijking, wilde zij haar bloed laten onderzoeken door een extern laboratorium. Dit laatste vanwege het feit dat zij veel collega's heeft op afdeling waar de bloedmonsters worden onderzocht. Verzoekster heeft gekozen voor het Europees Laboratorium van Nutriënten B.V. (hierna: ELN). Aldaar heeft verzoekster een regulier bloedonderzoek laten uitvoeren. Hierbij is gekeken naar de biochemie, bloedcellen en stolling. Het uitgevoerde onderzoek bracht inderdaad de vermoede bloedafwijking aan het licht. Deze afwijking is hoogstwaarschijnlijk aangeboren en verzoekster moet hiermee rekening houden bij eventuele medische ingrepen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert echter de kosten van het uitgevoerde laboratoriumonderzoek ten bedrage van totaal € 645,70 te vergoeden. Met name omdat niet wetenschappelijk is aangetoond dat de methode waarmee ELN werkt het gewenste resultaat heeft. In reactie op deze stelling voert verzoekster aan dat het ELN technisch gekwalificeerd is en meedoet aan de Referentie bepalingen van de Nationale Stichting Kwaliteitsbewaking Medische Laboratoriumdiagnostiek (SKML). Deze stichting heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit van medisch laboratoriumonderzoek in het kader van diagnostiek en behandeling. Door middel van verschillende typen rondzendingen wordt wetenschappelijk aangetoond of de bepalingen voldoen aan de landelijke kwaliteitseisen zodat naar de mening van verzoekster wél wordt voldaan aan het criterium als genoemd in artikel 2.1 lid 2 Bzv.
- 4.3. Verder stelt verzoekster dat laboratoriumonderzoek dient te worden vergoed indien sprake is van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist. Aangezien verzoekster voor het onderhavige laboratoriumonderzoek is verwezen door een arts die werkzaam is in een ziekenhuis, dienen de kosten door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op vergoeding van laboratoriumkosten indien deze zorg is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Het ten behoeve van

verzoekster uitgevoerde onderzoek is niet voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Daarom komen de hiermee gemaakte kosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

5.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat het ELN geen toegelaten instelling is als bedoeld in artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen. Aangezien laboratoriumonderzoek in een wettelijk toegelaten laboratorium dient plaats te vinden, moeten de kosten ook op deze grond worden afgewezen. Daarbij komt dat niet wetenschappelijk kan worden aangetoond dat de methode waarmee ELN werkt het gewenste resultaat heeft.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.4. 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 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 gehouden is de onderhavige laboratoriumkosten 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders.

8.3. Artikel 4 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering (2013 en 2014) 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)

U heeft aanspraak op:

-Medisch specialistische 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.

(...)

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijke gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medische specialist.

(...)"

8.4. Artikel 21 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"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."

8.5. De artikelen 4 en 21 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

8.7. 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.

8.8. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013 en 2014) regelt de aanspraak op alternatieve behandelwijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen op het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in de lijst is opgenomen. (...)

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

(...)


- van (laboratorium)onderzoek

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft onder andere het standpunt ingenomen dat de onderhavige laboratoriumonderzoeken niet voor vergoeding in aanmerking komen omdat niet wetenschappelijk is aangetoond dat de methode waarmee ELN werkt het gewenste resultaat heeft. Wat hiervan ook zij, op grond van artikel 4 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op laboratoriumonderzoeken - zoals een bloed-, urine-, of darmonderzoek - indien dit wordt aangevraagd door een huisarts of de behandelend medisch specialist. In het onderhavige geval zijn de laboratoriumonderzoeken volgens verzoekster aangevraagd door "een arts in een ziekenhuis". Dit wordt door haar evenwel op geen enkele wijze onderbouwd. Aldus heeft zij onvoldoende



aannemelijk gemaakt dat de onderzoeken zijn aangevraagd door een huisarts of de behandelend medisch specialist en 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. Op grond van artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van alternatieve behandelwijzen. In dit artikel zijn laboratoriumkosten expliciet uitgesloten van vergoeding. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van het onderhavige onderzoek ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.





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, 31 mei 2017,



P.J.J. Vonk