



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, diverse onderzoeken, Prescan
Zaaknummer : 201501927
Zittingsdatum : 6 april 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, artt. 19 en 20 Vo.nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna 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 Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (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 Delta Lloyd Top 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 afgesloten aanvullende verzekering Delta Lloyd Luxe Verpleging 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 nota's van Prescan voor de in Gronau, Duitsland, uitgevoerde onderzoeken, te weten (i) MRI van het onderste deel wervelkolom ad € 295,--; (ii) CT van het hart ad € 150,--; (iii) MRI-pakket (schedel, hersenaanvoerende vaten, bovenbuik, onderbuik), coloscopie, gastroscopie, uitgebreid laboratoriumonderzoek, MRI van de longen, cardiologisch onderzoek met longfunctie-onderzoek ad € 1.800,--; en (iv) een nota voor "(geheel) Premium pakket met cardiologie (2-daagse)" (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 maart 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 brieven van 15 en 28 april 2015 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 14 oktober 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Met het op 4 november 2015 ingevulde klachtenformulier 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 26 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 januari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 januari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 februari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016013620) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier blijkt dat in Duitsland geen onderzoek is gedaan specifiek gericht op diagnostiek in het kader van de in de verwijfsbrief van de huisarts genoemde problematiek, maar een algemeen onderzoek dat te beschouwen is als een total bodyscan. Het ongericht uitvoeren van een bodyscan kan worden gezien als een vorm van preventieve screening die niet valt onder de dekking van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 april 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Verzoekster heeft, zoals afgesproken tijdens de hoorzitting, een nieuwe verwijfsbrief van de huisarts aan de commissie gestuurd. Deze is op 20 april 2016 door de commissie ontvangen. Een afschrift hiervan is op 26 april 2016 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 26 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen verwijfsbrief gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de nagekomen verwijfsbrief aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 mei 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt hierbij in aanvulling op dat *"uit het verslag van de hoorzitting blijkt dat een deel van de bodyscan gericht was. Dit doet met af aan het feit dat het nog steeds gaat om een preventieve body scan. Prescan biedt ook alleen dit type onderzoek. Een (achteraf) verwijzing van huisarts maakt dit met anders."*
Een afschrift van dit advies is op 4 mei 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 9 mei 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft verzoekster verwezen naar Prescan. Op de ongedateerde verwijfsbrief is het volgende vermeld: *"Hierbij verwijs ik [naam verzoekster] in verband met bij BVO vastgesteld rectaal bloedverlies en daarbij veel last van pijn van de gewrichten. Verzoek coloscopie en scan, gezien de ernst van de klachten met enige spoed."*
- 4.2. Verzoekster heeft op 20 april 2015 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging van zijn beslissing. Verzoekster licht toe dat de huisarts, na haar te hebben gezien, haar heeft doorverwezen voor een uitgebreid onderzoek. Hij heeft haar hierin verder vrij gelaten.

Verzoekster en haar echtgenoot reizen veel. Toen zij van Zwitserland via Duitsland naar huis reisde, kreeg zij plotseling hevige maag/buikpijn en verloor zij veel bloed bij de ontlasting. Zij heeft toen contact opgenomen met Prescan, en deze heeft haar verwezen naar het dichtsbijzijnde ziekenhuis te Gronau waar zij direct kon worden behandeld. Dit is een erkend ziekenhuis en de onderzoeken zijn verricht door medisch specialisten. Aan de hand van deze onderzoeken zijn bij verzoekster enkele minder prettige afwijkingen geconstateerd. Verzoekster heeft hiervoor de nodige medicatie gekregen, en wordt in Nederland verder behandeld. Er is derhalve geen sprake van preventief onderzoek. Verzoekster benadrukt dat als een huisarts een onderzoek heeft voorgeschreven, en de klachten tussentijds plotseling verergeren, de behandeling dringend is, en dat de ziektekostenverzekeraar haar niet kan verbieden zich direct te laten behandelen.

- 4.3. De echtgenoot van verzoekster schrijft in zijn e-mailbericht van 13 juni 2015 dat verzoekster al enige tijd onder behandeling was van de huisarts. De pijnen en klachten hielden echter aan, en uit een bevolkingsonderzoek bleek dat verzoekster bloed in haar ontlasting had. De huisarts heeft - mede gezien de urgentie - voorgesteld Prescan in te schakelen. Naar aanleiding van het door de huisarts voorgestelde onderzoek is een aantal afwijkingen geconstateerd, waarvoor verzoekster verder moest worden behandeld. Er bleek sprake te zijn van enkele poliepen in de darmen, en een maaginfectie. Daarnaast is verzoekster verwezen naar een fysiotherapeut, gynaecoloog en orthopeed, en naar het ziekenhuis voor een echo van de nieren.
- 4.4. In het e-mailbericht van 29 september 2015 schrijft de echtgenoot van verzoekster aan de Ombudsman Zorgverzekeringen dat de huisarts verzoekster omstreeks januari 2015 heeft verwezen voor het onderhavige onderzoek. Verzoekster en haar echtgenoot hebben toen besloten om eerst met de auto naar hun huis in Spanje te rijden, om daar uit te rusten, en vervolgens via Duitsland naar Nederland terug te reizen. Onderweg kreeg verzoekster wederom allerlei pijnen, en daarom hebben zij besloten direct naar het ziekenhuis in Gronau te rijden voor behandeling. De echtgenoot van verzoekster had hiervoor de afspraak gemaakt via Prescan.
- 4.5. Verzoekster meent dat in ieder geval de kosten van de coloscopie, de gastroscopie, en het laboratoriumonderzoek moeten worden vergoed, omdat bij het bevolkingsonderzoek was gebleken dat er bloed in haar ontlasting zat.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat op pagina 2 van het advies van het Zorginstituut van 24 februari 2016 bij de derde alinea worden punten gesteld waar hij het niet mee eens is. Opgemerkt wordt onder andere dat het gaat om *"het enige type dat Prescan aanbiedt"*. Het onderzoek is door Prescan gedaan, maar er is een nadrukkelijk verzoek voor geweest van de huisarts. Het gaat om een coloscopie en een scan. De huisarts heeft dus wel degelijk gevraagd hiernaar te kijken. Bij de coloscopie zag men bloed, en toen is men verder gaan kijken. Men heeft in eerste instantie naar de darmen gekeken en in de volgende fase is men de rest gaan onderzoeken. Dit is dus niet op eigen verzoek gedaan. Het tweede punt is dat er discussie is over Prescan. Dat kan verzoekster begrijpen. Het onderzoek had evenwel uiteindelijk moeten plaatsvinden. Het laboratoriumonderzoek moest ook plaatsvinden, teneinde te kijken of de bacteriën die gevonden werden, moesten worden bestreden. Er zijn allerlei zaken gevonden bij de scan die weliswaar niet ernstig waren, maar die wel moesten worden behandeld. Een voorbeeld vormen de rugklachten. Men heeft nu precies gevonden waardoor dit is ontstaan, en verzoekster wordt hiervoor door de fysiotherapeut behandeld. De ziektekostenverzekeraar dient in ieder geval het deel te vergoeden dat zeker zou zijn uitgevoerd. Daarnaar gevraagd heeft verzoekster verklaard dat de originele verwijsbrief van de huisarts wel gedateerd is. Zij heeft de verwijsbrief vervolgens overgelegd. Nadat de commissie heeft geconstateerd dat de datum is afgeplakt met kopiëren, heeft verzoekster verklaard dat de secretaresse van haar echtgenoot het heeft gekopieerd. Zij zou niet weten waarom zij de datum zou afplakken. Het is niet de bedoeling geweest iets te veranderen. Daarom heeft zij het origineel ook bij zich. Gevraagd naar de vermelding van *"enige spoed"* op de verwijsbrief en het feit dat verzoekster eerst naar Spanje is gegaan, verklaart verzoekster dat zij en haar echtgenoot op zakenreis moesten, en zij nog even wilde wachten met het onderzoek. Op de terugreis kreeg zij ernstige bloedingen.

 Verzoekster stemt in met het verzoek van de commissie om een verklaring op te vragen bij de huisarts over wat hij nu precies heeft opgeschreven en wanneer, en deze verklaring binnen één week aan de commissie te sturen.

 4.7. Verzoekster heeft een nieuwe verwijsbrief van de huisarts aan de commissie gestuurd. Deze verwijsbrief is gedateerd op 8 april 2016, en is verder tekstueel hetzelfde als de (ongedateerde) verwijsbrief die reeds in het dossier zat.

 4.8. In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut van 3 mei 2016 heeft verzoekster op 9 mei 2016 medegedeeld dat onterecht is gesteld dat de verwijzing van de huisarts achteraf is afgegeven. De verwijzing was gedateerd op 20 januari 2015 en derhalve vóóraf afgegeven.

 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoekster heeft nota's van Prescan ter declaratie ingediend. Uit de ontvangen gegevens blijkt dat sprake is van preventief onderzoek in de vorm van een total bodyscan. Een total bodyscan in het kader van preventieve screening is geen doelmatige zorg. Het feit dat er iets uit dit onderzoek is gekomen, maakt het voorgaande niet anders. Er moet een medische indicatie zijn voor de zorg die wordt verleend.

 5.2. Prescan biedt slechts preventief medisch onderzoek aan, waarvoor men terecht kan in meerdere klinieken waaronder in Duitsland. De total bodyscan bestaat uit MRI-scans en een cardiologisch onderzoek, welk programma kan worden uitgebreid met aanvullende onderzoeken. Uit de ter declaratie ingediende nota's blijkt dat verzoekster heeft gekozen voor het Total Body Scan Premium onderzoeksprogramma van twee dagen, waarbij het programma is uitgebreid met onder meer een MRI van de longen voor € 175,-- en een darm- en maagonderzoek (coloscopie en gastroscopie) van respectievelijk € 350,-- en € 300,--.

 Uit de nota van € 1.800,-- blijkt dat verzoekster zelf heeft gekozen voor de hierop genoemde onderzoeken. Het is echter aan de behandelend arts om op basis van de medische gegevens en de klachten op dat moment te beoordelen of nader onderzoek noodzakelijk is. Daarbij zal niet direct het hele scala aan onderzoeksmogelijkheden worden ingezet, maar zal stapsgewijs worden gehandeld. Op grond van de uitslagen van de eerst aangewezen onderzoeken zal steeds worden beoordeeld of nader onderzoek nodig is en zo ja, welk onderzoek medisch gezien is aangewezen. Er heeft bij verzoekster geen gericht onderzoek plaatsgevonden, maar een total bodyscan.

 Er bestond destijds geen duidelijke medische indicatie op grond van eerdere bevindingen of klachten. Er zijn geen afwijkingen of aanwijzingen vastgesteld op grond waarvan het medisch noodzakelijk was de uitgebreide onderzoeken in februari 2015 uit te voeren.

 5.3. De ziektekostenverzekeraar gaat, gezien het bovenstaande, niet akkoord met het voorstel van verzoekster om het darm- en maagonderzoek met de bijbehorende laboratoriumonderzoeken te vergoeden. Ook hiervoor geldt dat vooraf een medische indicatie aanwezig moet zijn.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut aansluit bij zijn standpunt. De door verzoekster voorgelezen passage betreft een tekst die is overgenomen uit een stuk van Prescan. Op de website van Prescan staat duidelijk dat geen vergoeding door de ziektekostenverzekeraar plaatsvindt, omdat de onderzoeken preventief zijn. Er wordt heel breed gekeken, en dat er daadwerkelijk wat uitkomt, betekent niet dat de scan nodig was. Gevraagd naar de stelling van verzoekster dat de kosten moeten worden gesplitst, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat zowel zijn medisch adviseur als die van het Zorginstituut van mening zijn bij alle onderzoeken geen sprake was van doelmatige zorg. Uitgevoerd is een 'total body scan', hetgeen een preventief onderzoek is. Op de website van Prescan staat dat wat zij doen niet voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat het dan niet gaat om verzekerde zorg. Als een zorgaanbieder maar enige kans ziet om te vermelden dat het wel wordt vergoed, zal dit gebeuren. Nu staat er alleen dat een vergoeding vanuit een eventuele aanvullende

ziektekostenverzekering mogelijk is. Dat is bij de aanvullende ziektekostenverzekeringen van de ziektekostenverzekeraar niet het geval.

Gevraagd naar wat er gebeurt als iets uit het bevolkingsonderzoek komt en de eventuele vergoeding van het vervolgonderzoek, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat als wordt verwezen naar een medisch specialist, de kosten van de behandeling normaliter worden vergoed. In de onderhavige situatie vormen de onderzoeken een onderdeel van een 'total body scan'.

De ziektekostenverzekeraar vindt het ook vreemd dat er op de originele verwijsbrief van de huisarts wél een datum staat.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 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.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de nota's van Prescan voor de in Gronau uitgevoerde onderzoeken, 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 B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"

8.4. B.2 Buitenlandzorg

"(...)

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

(...)"

- 8.5. Artikel A.3.2 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

*"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.
In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:*

(...)

- *u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar álle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt."

- 8.6. De artikelen A.3.2, B.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel D.2.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op preventieve onderzoeken en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

Wij vergoeden de volgende onderzoeken:

- a. preventief onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaataandoeningen;*
- b. onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken.*

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- *Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.*
- *Wij vergoeden niet:*

(...)

- o beeldvormende diagnostiek (met name Total Body Scan);*

(...)

• Laboratoriumonderzoek vergoeden wij niet onder dit artikel maar in artikel B.3. "Huisartsenzorg" als het onderzoek door de huisarts wordt uitgevoerd, of onder artikel B.4. "Medisch specialistische zorg" als het onderzoek door een laboratorium wordt uitgevoerd.

Voorwaarden

Algemeen

Het preventieve onderzoek is gericht op (risicofactoren voor) aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is;

Zorgverlener

- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.a. wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgverlener of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.b. wordt uitgevoerd zorgverlener of zorginstelling met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten. Wij vergoeden geen onderzoeken als deze plaatsvinden door een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20."

- 8.10. Op het Vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering is vermeld dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van preventieve onderzoeken tot maximaal € 250,-- voor onderstaande zorg tezamen:

"- Preventief onderzoek eenmaal per jaar D.2.2.a.

- Onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen eenmaal per jaar D.2.2.b."

- 8.11. Artikel 19 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren. (...)"

- 8.12. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 
- 9.1. Aangezien de onderhavige onderzoeken in een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, hebben plaatsgevonden, is Vo. nr. 883/2004 van toepassing. De stellingname van verzoekster is hierin tweeledig. Enerzijds stelt zij dat zij door de huisarts is verwezen voor de onderhavige zorg. In dat geval was sprake van planbare zorg en is artikel 20 van toepassing. Anderzijds stelt zij dat sprake was van spoedeisende zorg. In dat geval is artikel 19 van toepassing. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat sprake was van preventieve, en derhalve planbare zorg. De commissie constateert dat in het verslag van Prescan niet wordt vermeld dat sprake was van zorg die noodzakelijk is geworden tijdens het verblijf in Duitsland. Integendeel, in het rapport vermeldt Prescan dat het onderzoek op verzoek van verzoekster is verricht *"in het kader van preventie"*. De commissie concludeert derhalve dat geen sprake was van zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 van Vo. nr. 883/2004, maar van planbare zorg in de zin van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 
- 9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 
- 9.3. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg indien de verzekerde hierop, gelet op zijn indicatie, naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg dient derhalve geïndiceerd en doelmatig te zijn. Zoals onder 9.1 is vastgesteld, heeft Prescan in zijn rapport vermeld dat het onderzoek op verzoek van verzoekster is verricht *"in het kader van preventie"*. De commissie concludeert op basis hiervan dat het onderzoek niet vanwege een vooraf vastgestelde indicatie heeft plaatsgevonden. Daarom heeft verzoekster op grond van artikel A.3.2 van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige zorg. Dat verzoekster een (ongedateerde) verwijzing van de huisarts heeft overgelegd (en na de hoorzitting dezelfde verwijzing gedateerd op 8 april 2016), maakt het voorgaande niet anders, aangezien deze verwijzing niet voldoende gericht is en blijkbaar niet de aanleiding is geweest voor het verrichten van het onderzoek.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. Op grond van artikel D.2.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding tot maximaal € 250,- voor preventief onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatandoeningen, en onderzoeken naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken. Uit het dossier is niet gebleken dat bij verzoekster deze preventieve onderzoeken zijn uitgevoerd. Hierbij merkt de commissie op dat beeldvormende diagnostiek - met name de total body scan - expliciet is uitgesloten van vergoeding.
- 
- 9.5. Verzoekster heeft betoogd dat althans de kosten van de coloscopie, de gastroscopie en het laboratoriumonderzoek moeten worden vergoed. De commissie stelt vast dat het laboratoriumonderzoek niet is uitgevoerd op verzoek van de huisarts of - na verwijzing - de behandelend medisch specialist. Dit geldt evenzeer voor de gastroscopie. De coloscopie wordt wel genoemd in de ongedateerde verwijsbrief van de huisarts van verzoekster, maar ook ten aanzien hiervan ontbreekt een gerichte verwijzing. Onder deze omstandigheden is ook voor een gedeeltelijke vergoeding geen plaats.

Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 mei 2016,

H.A.J. Kroon