

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, borstonderzoek, echografie, eigen risico,
aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 2012.02661
Zittingsdatum : 20 maart 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

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 Plus Polis 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Sport Pakket 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 borstonderzoek, bestaande uit een echografie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak wordt ingewilligd ten laste van de zorgverzekering, en dat de vergoeding wordt verrekend met het openstaande eigen risico.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd, in die zin dat de aanspraak in haar optiek dient te worden ingewilligd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 5 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 21 november 2012 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoekster medegedeeld geen ruimte voor bemiddeling te zien.
- 3.4. Bij brief van 27 november 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

tenverzekering (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 6 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 februari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 februari 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 13 maart 2013 (zaaknummer 2013021844) heeft het CVZ de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen. Er kan niet worden geadviseerd over de vraag of zorg ten laste van het eigen risico mag worden gebracht. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 maart 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is eind 2011 uitgenodigd voor een bevolkingsonderzoek naar borstkanker. In dit kader heeft zij een mammografie laten maken. Aangezien verzoekster in Polen regelmatig haar borsten laat controleren en zij nooit enige klachten heeft gehad dan wel bij haar bij onderzoek aldaar nooit enige afwijkingen zijn geconstateerd, was het bevolkingsonderzoek in Nederland voor haar een formaliteit. De huisarts deelde haar echter naar aanleiding van het onderzoek mede dat afwijkingen waren geconstateerd en dat zij in het ziekenhuis een nieuwe mammografie diende te laten maken. Hierbij merkte de huisarts op dat het hoogstwaarschijnlijk om een mislukte foto ging. Verzoekster was hierdoor ervan overtuigd dat de uitslag van het bevolkingsonderzoek op een fout of vergissing berustte. Desondanks heeft verzoekster haar borsten op 4 januari 2012 in het ziekenhuis laten onderzoeken.
- 4.2. Voorafgaand aan dit onderzoek heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding. Preventieve onderzoeken bleken te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zodat hierop het eigen risico niet van toepassing is. Wel werd haar medegedeeld dat in geval van klachten het onderzoek niet meer preventief is en dat de kosten dan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, zodat het eigen risico van toepassing is. Aangezien verzoekster geen klachten had en zij aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voldeed, ging zij ervan uit dat het onderzoek ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden vergoed. Het ziekenhuis heeft dit overigens mondeling

bevestigd jegens verzoekster. De door het bevolkingsonderzoek gestelde categorie BIRADS-0 met betrekking tot verzoeksters linkerborst betekent namelijk geen klacht of ziekte. De medisch specialist in het ziekenhuis heeft bevestigd dat er, naast een lymfeklier, geen afwijkingen waren. Verder onderzoek was daarom overbodig en er heeft geen behandeling plaatsgevonden.

- 4.3. Tot verbazing van verzoekster ontving zij een nota ter zake van het eigen risico van de ziektekostenverzekeraar. In de hierop volgende communicatie met de ziektekostenverzekeraar werden haar verschillende interpretaties van de nota gepresenteerd. De conclusie was dat het onderzoek werd vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster stelt dat noch in de zorgverzekering noch in de aanvullende ziektekostenverzekering de termen “vervolgonderzoek” en “doorverwijzing” voorkomen. Het onderzoek aan haar borsten is niet aan te merken als een ziekenhuisbehandeling, aangezien dit niet uit medische noodzaak is uitgevoerd. Derhalve dient het – preventieve – onderzoek te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In deze verzekering wordt de term “bevolkingsonderzoek” genoemd. De ziektekostenverzekeraar dient zich coulant op te stellen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Zij stelt dat zij een overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar heeft gesloten en dat de polisvoorwaarden in acht dienen te worden genomen. Preventief onderzoek valt onder artikel 35 van de aanvullende ziektekostenverzekering. De artikelen 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv en 2.1 Rzv zijn niet van toepassing. Er is geen afwijking geconstateerd, hetgeen ook volgt uit de verwijfsbrief van de huisarts, de behandeling vond poliklinisch plaats, en er is – in tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar beweert – geen MRI gemaakt. In het ziekenhuis is alleen een echo uitgevoerd.
- 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. Een mammografie kan als preventief onderzoek worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorwaarde is dat het onderzoek dient te worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist werkzaam in een gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Hierop is het verplicht eigen risico niet van toepassing. Bij klachten verliest dergelijk onderzoek zijn preventieve karakter. Vaak is dan ook een verwijzing aanwezig. Dergelijke mammografieën worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hierop is het verplicht eigen risico van toepassing.
- 5.2. Onderhavig borstonderzoek heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis en is een vervolgonderzoek. Er is sprake van medisch specialistische zorg. Verzoekster is doorverwezen door de huisarts. Derhalve vindt vergoeding ten laste van de zorgverzekering plaats, en is terecht € 183,43 ter zake van het verplicht eigen risico 2012 bij verzoekster in rekening gebracht.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen sprake is van preventieve zorg. Preventieve zorg is gericht op het voorkomen van een ziekte. In dit geval is gebleken van een afwijking. De huisarts heeft verzoekster, conform de NHG-standaard, verwezen naar de mammapoli. Vanaf dat moment was sprake van medisch-specialistische zorg. Het ziekenhuis mag hiervoor een DBC de-

clareren. De kosten vallen onder de zorgverzekering, en daarmee onder de eigen risicoregeling.

- 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 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 het borstonderzoek terecht heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering, onder verrekening van het eigen risico.

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 kan gebruikmaken van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en 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 vergoeding van medisch specialistische zorg (poliklinisch) bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg (...)*

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, (...) of een andere medisch specialist. (...)”

Artikel 7 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:”

“7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 220,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. (...)”

- 8.3. Artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering en artikel 7 van de “Algemene voorwaarden” 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).

- 8.4. 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.
Medisch-specialistische zorg en huisartsenzorg zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 35 van de “Aanspraken” van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van preventieve onderzoeken. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“35.1 Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of medisch specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

(...)

- borstkanker

(...)

Voorwaarden

- *Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een door ons gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.*
- *Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.*

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatkanker.

Beter Af Plus Polis

(...)

2 sterren 100%

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg. De commissie is van oordeel dat onderhavig borstsonderzoek dient te worden aangemerkt als medisch specialistische zorg in de zin van de zorgverzekering.

- 9.2. In dit verband is allereerst van belang dat verzoekster door de organisatie die het bevolkingsonderzoek uitvoert, meermalen erop is gewezen dat een (vervolg)onderzoek bij het ziekenhuis geen deel uitmaakt van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Verzoekster wist derhalve dat de met een zodanig onderzoek gemoeide kosten voor haar rekening zouden blijven, tenzij deze ten laste zouden kunnen worden gebracht van de door haar afgesloten zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Waar het gaat om de aanvullende ziektekostenverzekering, beroept verzoekster zich op artikel 35, inzake preventieve onderzoeken. De commissie is van oordeel dat na de constatering van een mogelijke afwijking, zoals deze blijkt uit de verwijzing van de huisarts – het stadium van preventief onderzoek was gepasseerd, zodat verzoekster zich niet met vrucht op genoemd artikel kan beroepen.
- 9.4. Ná de mammografie die in het kader van het bevolkingsonderzoek werd gemaakt, is de huisarts van verzoekster door de radioloog geïnformeerd over de gevonden afwijking, waarbij deze heeft verzocht verzoekster voor verder onderzoek door te verwijzen. Zij is vervolgens doorverwezen naar de mammapoli van het ziekenhuis. Het betreft hierbij regulier onderzoek door een medisch specialist, waarvan de kosten vallen onder artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering. Aangezien medisch specialistische zorg niet is uitgesloten van het eigen risico, bedoeld in artikel 7 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering, en onweersproken is dat dit eigen risico nog niet was volgemaakt, is het bedrag van € 183,43 terecht bij verzoekster in rekening gebracht.

Conclusie

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

Zeist, 3 april 2013,

Voorzitter