

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU-EER, onderzoek Prescan
Zaaknummer : 2009.00655
Zittingsdatum : 21 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 maart 2009 de kosten van een onderzoek door Prescan te Bottrop (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het onderhavige onderzoek was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Nadat zij tijdens een wandeling hartkloppingen kreeg, heeft verzoekster zich gewend tot de plaatsvervangend huisarts. Deze gaf haar een oefening mee. Omdat zij 's nachts last kreeg van hartkramp heeft verzoekster zich de volgende dag voor een spoedonderzoek bij Prescan gemeld. Dit onderzoek is uitgevoerd te Bottrop. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van het onderzoek, onder andere bestaande uit een MRI-scan, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 20 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 29 juni 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-

houden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 29 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 30 juli 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29084054) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen verwijzing door een huisarts heeft plaatsgevonden. Een algemeen, niet aan een bepaalde aandoening gerelateerd onderzoek kan niet worden aangemerkt als een behoefte die op grond van zorginhoudelijke criteria kan worden beoordeeld. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 september 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 22 oktober 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 oktober 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat haar klachten een spoedonderzoek rechtvaardigden, en dat bij dit onderzoek een “hart-ziekte met o.a. vergroting linkerkamer en verwijding daaruit vloeiende slagader, waardoor verhoogde druk ontstaat” is geconstateerd. Verzoekster meent dat zij aanspraak heeft op een vergoeding althans een tegemoetkoming in de gemaakte kosten. Zij acht het overigens onjuist dat ziekenhuizen in Assen en Groningen – waar zij zich toe heeft gewend nadat de klachten bleven opspelen – geen gebruik willen maken van de Duitse onderzoeksresultaten, om reden dat de ziektekostenverzekeraar deze niet bruikbaar vindt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling nog aangevoerd dat in haar familie veel hart- en vaatproblemen voorkomen. Haar ouders en tantes moesten vijftien jaar worden verpleegd en verzoekster wilde dit tot elke prijs voorkomen. Zij onderging daarom

al eerder onderzoeken bij Prescan. De aanleiding voor de huidige onderzoeken was gelegen in het feit dat zij klachten kreeg. De vervangende arts zag geen grond voor verdere actie. Daarom heeft verzoekster zich gewend tot Prescan.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een MRI-scan een medisch specialistisch onderzoek is dat alleen door een medisch specialist kan worden aangevraagd. Het is ook altijd een deel van een diagnostisch traject, dan wel een medisch specialistische behandeling, en valt als zodanig onder de dekking van de zorgverzekering. Voor een medisch specialistische behandeling zijn een verwijzing en een machtiging vereist. Verzoekster heeft zich op eigen initiatief tot Prescan gewend.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is het aan de behandelend medisch specialist om te beoordelen of de uitkomsten van het onderzoek bij Prescan al dan niet bruikbaar zijn. De ziektekostenverzekeraar zegt niet op de stoel van de behandelaar te kunnen gaan zitten.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat geen nieuwe informatie naar voren is gebracht. Hij verwijst in dat kader naar eerdere correspondentie. De normale gang van zaken zou zijn dat verzoekster zich had gemeld bij haar huisarts. Deze zou dan mogelijk hebben doorverwezen, waarna de medisch specialist de noodzaak van verder onderzoek zou hebben beoordeeld. Een en ander is in de situatie van verzoekster niet gebeurd.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de door haar gemaakte kosten van een onderzoek door Prescan te Bottrop. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.
Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. Artikel 9.1 ziet op de situatie dat de verzekerde woonachtig is in Nederland. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang, aldus:

“De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- Zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- Vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.”*

Artikel 15 van de zorgverzekering ziet op medisch specialistische zorg en luidt, voor zover in dit verband van belang, als volgt:

“Omschrijving

Vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen: (...)

Verwijzing door:

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg (...).”

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 77 een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4. 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.
Geneeskundige zorg, waaronder medisch specialistische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).
Artikel 14 lid 2 Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie constateert allereerst dat geen sprake is van een noodzaak tot behandeling die is opgekomen tijdens het verblijf in het buitenland. Verzoekster is immers naar Bottrop gegaan teneinde aldaar de onderzoeken te laten plaatsvinden. Deze onderzoeken behoren tot de medisch specialistische zorg, zodat overeenkomstig artikel 15 van de zorgverzekering een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg vereist is. Een zodanige, gerichte verwijzing ontbreekt; verzoekster heeft zelf het initiatief genomen tot de onderzoeken. In de zorgverzekering is geen dekking opgenomen voor preventieve onderzoeken op initiatief van de verzekerde. Voor zover het verzoek zich richt op een vergoeding bij

wijze van tegemoetkoming, merkt de commissie op dat zij niet bevoegd is tot een oordeel over coulance aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar.

- 7.7. Waar het gaat om de vraag of de uitkomsten van het onderzoek te Bottrop al dan niet geschikt zijn in het kader van de verdere behandeling in Nederland, overweegt de commissie dat het hier een aangelegenheid betreft tussen verzoeker en zorgverleners, hetgeen als zodanig geen onderwerp is van het geschil met de ziektekostenverzekeraar.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent een aantal bepalingen met betrekking tot preventieve zorg. Het gaat daarbij om sportgeneeskundige hulp, de medische check-up door een huisarts of ziekenhuis, preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en –opvoeding, en vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland. De polis kent daarnaast een artikel over spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland. Bij de spoedeisende zorg gaat het om medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet-voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland. De regeling inzake niet-spoedeisende zorg ziet op kosten die zijn opgenomen in het pakket van de aanvullende ziektekostenverzekering, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland. Een en ander leidt tot de conclusie dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige kosten.

Conclusie

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 november 2009,

Voorzitter