

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs. E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, CT/MRI onderzoek, buitenland
Zaaknummer : ANO07.242
Zittingsdatum : 19 september 2007

Zaak: ANO07.242, geneeskundige zorg, CT/MRI onderzoek, buitenland

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 4 september 2006 inzake het niet vergoeden van een CT/MRI onderzoek in Duitsland.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 4 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat het door haar ondergane CT/MRI onderzoek niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 27 februari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het onderhavige CT/MRI onderzoek ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 8 mei 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Op 5 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.8. Bij brief van 6 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Bij brief van 11 juli 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 8 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 september 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn geïnformeerd over de inhoud van het advies van het College voor zorgverzekeringen en in de gelegenheid gesteld daarop te reageren. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.12. Bij brief van 20 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 61-jarige vrouw. Op 4 juli 2006 is bij haar, tijdens een colonscopie, een darmtumor gediagnosticeerd. Voor verder onderzoek – te weten een CT/MRI onderzoek – zou zij pas na vier tot zes weken in het ziekenhuis terecht kunnen. Op 5 juli 2006 heeft zij een uitnodiging ontvangen om zich op 3 augustus 2006 te melden op de polikliniek heerkunde voor verder onderzoek. Omdat haar altijd is verteld dat bij deze aandoening haast is geboden, is zij zelf op onderzoek uitgegaan. Zij is terecht gekomen bij Prescan en zij heeft op 11 juli 2006 in Duitsland een CT/MRI onderzoek ondergaan. Zodoende heeft zij tijdens het eerste onderzoek in het ziekenhuis de onderzoeksgegevens (scan) aan haar specialisten kunnen tonen. Deze scan wordt door de medisch-specialisten nog altijd gebruikt voor de behandeling.
- 4.2. Een CT/MRI onderzoek vormt een integraal onderdeel van de behandeling van een darmtumor. Ook behandelend medisch-specialisten zouden een dergelijk onderzoek hebben laten verrichten ten behoeve van verdere diagnostiek en behandeling.
- 4.3. Het feit dat verzoekster wegens vakantiedrukke niet op korte termijn in het ziekenhuis terecht kon, hetgeen gezien haar situatie noodzakelijk was om zo spoedig mogelijk tot behandeling over te kunnen gaan, is, naar het oordeel van verzoekster, haar niet toe te rekenen.
- 4.4. Ook de DBC-systematiek, die in de Nederlandse ziekenhuizen wordt gehanteerd, en het vereiste van een verwijzing door een medisch-specialist kunnen verzoekster niet worden tegengeworpen omdat dit administratieve afspraken zijn, waarvan zij deels

niet op de hoogte was.

- 4.5. Tegen deze achtergrond is verzoekster van mening dat de weigering van de zorgverzekeraar tot vergoeding over te gaan, onredelijk is. Zij komt tot de conclusie dat het CT/MRI onderzoek als onderdeel van de behandeling op z'n minst tegen het WTG-tarief dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de redelijke termijn waarbinnen de gevraagde zorg in Nederland kan plaatsvinden wordt vastgesteld aan de hand van de Treeknormen. Een termijn van vier weken voor een CT/MTI scan conform de Treeknormen wordt beschouwd wordt als een aanvaardbare wachttijd.
- 5.2. Op grond van artikel 12 lid 4 van de zorgverzekering moet een behandelplan worden overgelegd om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen. Bij verzoekster was nog geen sprake van een behandelplan, doch van een gestelde diagnose.
- 5.3. Het is onbegrijpelijk dat verzoekster geen contact met de zorgverzekeraar heeft opgenomen voor bemiddeling bij het maken van de gevraagde scans. Door verzoekster is op een eerder moment een colonscopie ondergaan, waarvoor zij toen wél een bemiddelingsverzoek heeft gedaan en welk onderzoek door tussenkomst van de zorgverzekeraar kon worden bespoedigd.
- 5.4. Verzoekster had geen noodzaak om naar Prescan te gaan. De CT/MRI scan heeft op verzoek van verzoekster plaatsgevonden. De onderhavige onderzoeken maken in Nederland deel uit van de totaalbehandeling, waarvoor één DBC-tarief is vastgesteld. Tegen deze achtergrond dient dan ook sprake te zijn van een medische indicatie, gesteld door een medisch-specialist, waaruit blijkt dat de CT/MRI scan moest plaatsvinden.
- 5.5. In het licht van bovenstaande komt de zorgverzekeraar tot de conclusie dat de CT/MRI scan bij Prescan niet voor vergoeding in aanmerking komt.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen

niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet gecontracteerde zorg. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden teruggekomen. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 2 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering. Onder b wordt, voor zover in dit kader relevant, het volgende bepaald:

b Niet-klinische medisch specialistische zorg door een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (...)

omschrijving:

onderzoek en behandeling (poliklinisch of in dagverpleging) door een medisch specialist in een ziekenhuis of behandelcentrum.

Zorgverlening:

medisch specialisten in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum.

Prestatie:

de vergoeding van kosten

Verwijzing:

huisarts (...) bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 12 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekeraar ziet op de buitenlanddekking en bepaalt in lid 4:

"De verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande, dat de zorgverzekeraar voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. Bij het beoordelen van de aanvraag voor toestemming wordt gelet op de termijn waarbinnen de gevraagde behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden, het behandelplan alsmede de daarvoor begrote kosten.

Tot slot bepaalt artikel 7 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende:

Omvang van de dekking

"1. a Vergoeding van kosten van zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet en het Besluit zorgverzekering. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten. U ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangevoelen.

b De lijst van aanspraken beschrijft per vorm van zorg precies waar de verzekerde recht op heeft (inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging).

c De kosten worden vergoed op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. (...)

2. a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten

b De vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

- 7.3. De regeling van de artikelen 2 en 12 van de lijst van aanspraken, en artikel 7 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1, 2.2 en 2.4 van het Bzv.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is uit de in het dossier aanwezige stukken gebleken dat de vraag of sprake is van medisch-specialistische zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering tussen partijen niet ter discussie staat. Deze vraag laat de commissie dan ook buiten beschouwing.
- 7.7. Verzoekster heeft in Duitsland een CT/MRI scan ondergaan. Nu het verzochte – (de vergoeding van) een CT/MRI-scan – een poliklinisch onderzoek is, dient gesproken te worden van extramurale zorg. Het feit dat de onderhavige CT/MRI-scan een (gebruikelijk) onderzoek is in het kader van de behandeling van een darmtumor doet daar niet aan af. Het door de zorgverzekeraar opgeworpen bezwaar dat conform de voorwaarden van de zorgverzekering vooraf toestemming is vereist, is naar het oordeel van de commissie dan ook onjuist.
- 7.8. Een en ander neemt niet weg dat, waar het gaat om de vergoeding van de behandeling, de in de zorgverzekering geldende vereisten, waaronder dat van een deugdelijke verwijzing – in casu een verwijzing voor een CT/MRI-scan binnen een bepaalde termijn – onverkort van toepassing zijn. Van een deugdelijke verwijzing is sprake indien de verwijzing aan de volgende voorwaarden voldoet:
 1. De verwijzing moet afkomstig zijn van een huisarts of specialist die ingeschreven staat in het register van erkende huisartsen van de KNMG, respectievelijk in het specialistenregister van de KNMG of een vergelijkbaar register in een andere Europese lidstaat.
 2. De verwijzing moet tenminste een specifieke vraagstelling inhouden aan een met name genoemde arts of ter beoordeling van een met name genoemd specialisme c.q. afdeling van een instelling.
- 7.9. Tegen deze achtergrond kan de brief van de medisch specialist van verzoekster van 4 juli 2007 niet worden beschouwd als een deugdelijke verwijzing ten behoeve van het onderzoek binnen een bepaalde termijn, zoals deze door haar op 10 juli 2006 is ondergaan bij PreScan te Duitsland. Ook de op 5 juli 2007 gedateerde uitnodiging van de polikliniek heerkunde voor een afspraak op 3 augustus 2007 kan niet als zo-

danig worden beschouwd. Hieruit blijkt dat niet is voldaan aan het bepaalde in artikel 2 onder b van de zorgverzekering.

Hoewel de commissie vanuit menselijk oogpunt begrip heeft voor de situatie van verzoeker, dient zij ook rekening te houden met het feit dat de zorgverzekeraar niet gehouden kan worden twee keer dezelfde rekening te betalen, te weten die van het zelfstandige onderzoek van verzoeker en het deel van de door het ziekenhuis gedeclareerde DBC-tarief dat ziet op dit onderzoek. Het gebrek aan een deugdelijke verwijzing kan daarom niet worden gepasseerd.

- 7.10. Ten aanzien van de opmerking van de zorgverzekeraar dat het voor hem onbegrijpelijk is dat verzoeker geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid tot zorgbemiddeling, merkt de commissie het volgende op. Verzoeker is verzekerd op basis van een restitutiepolis. Dit betekent dat zij recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg. Een restitutiepolis laat naar zijn aard verzekerden vrij in de keuze van hun zorgverleners. Dit is slechts anders indien uit de voorwaarden van de zorgverzekering zou blijken dat de zorgverzekeraar tariefovereenkomsten heeft gesloten met bepaalde zorgverleners, als gevolg waarvan verzekerden in hun keuzevrijheid worden beperkt door uitsluitend van die zorgverleners gebruik te kunnen maken. Hiervan is de commissie echter niet gebleken.

Het feit dat de zorgverzekeraar contractuele afspraken heeft met het MRI-Centrum in Amsterdam om aan de zorgplicht van artikel 11 onder b van de Zvw te voldoen, doet daar aan niet af. De zorgbemiddeling brengt bij een restitutiepolis op verzoek van de verzekerde een inspanningsverplichting van de zorgverzekeraar met zich. Dat de verzekerde verplicht zou zijn gebruik te maken van deze zorgbemiddeling, als bedoeld in artikel 11 van de voorwaarden van de zorgverzekering, is naar het oordeel van de commissie een onjuiste interpretatie.

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 oktober 2007,

Voorzitter