

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, onderzoek door Prescan
Zaaknummer : 2011.01547
Zittingsdatum : 22 februari 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (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 Aanvullend Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een onderzoek, uitgevoerd door Prescan te Baarn (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij e-mail van 17 november 2011 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 3 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 januari 2011 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 10 januari 2012 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 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012004205) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet door de huisarts of een andere bevoegde hulpverlener was verwezen voor het MRI-onderzoek. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Verzoekster heeft desgevraagd ter zitting medegedeeld de kwestie in te trekken. Na afloop van de zitting heeft zij medegedeeld dit niet zo te hebben bedoeld, en de kwestie alsnog te willen voortzetten.
- 3.9. Bij brief van 6 maart 2012 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 maart 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is in april 2011 ernstig gehandicapt geraakt, zonder een hiervoor aanwijsbare oorzaak. Vanwege hevige pijn in haar rug, heupen en bovenbenen was zij onder behandeling van een chiropractor. De klachten verminderden niet, waarop verzoekster contact heeft gezocht met haar huisarts. De huisarts verwees door naar een neuroloog. Daar kon verzoekster eerst op 17 juni 2011 terecht. Op 12 mei 2011 heeft zij de spoedeisende hulp bezocht, waar haar pijnmedicatie werd voorgeschreven. Omdat de pijn niet afnam, heeft verzoekster met medeweten van haar huisarts Prescan bezocht voor een onderzoek. Bij haar afspraak in het ziekenhuis op 17 juni 2011 was men blij dat de scan al beschikbaar was, omdat nu alleen nog een EMG diende te worden gemaakt. Hierdoor zijn het ziekenhuis, en ook de ziektekostenverzekeraar, kosten bespaard. Verzoekster is van mening dat de kosten van de bij Prescan gemaakte MRI-scan door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden vergoed.
- 4.2. 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 voert aan dat een gerichte verwijzing voor de MRI-scan zoals uitgevoerd door Prescan ontbreekt. Verder is Prescan geen erkende instelling, en wordt niet met een DBC-code gedeclareerd. Om die reden krijgt verzoekster de kosten van de MRI-scan niet vergoed.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 aanspraak alsnog in te willigen, 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 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- “U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”*
- “Verwijsbrief
Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)”*
- 8.4. Artikel 13 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een MRI-scan behoort tot de medisch-specialistische zorg, zodat ingevolge artikel 13 van de zorgverzekering een daaraan voorafgaande verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg is vereist.
- 9.2. Gelet op artikel 14 Zvw en de Memorie van Toelichting bij dit artikel, is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd in de voorwaarden van de zorgverzekering het vereiste te stellen dat sprake dient te zijn van een geldige verwijzing.
- 9.3. Het ontbreken van een verwijzing is meer dan een formeel gebrek. Het verwijzingsvereiste is een middel waarmee de huisarts zijn functie als poortwachter kan waarmaken. Als een verwijzing ontbreekt, bestaat de mogelijkheid dat de huisarts vindt dat de patiënt in redelijkheid niet is aangewezen op de gevraagde specialistische behandeling. Tevens kan de huisarts op goede gronden een verwijzing naar een specifieke arts weigeren, als de huisarts die specifieke arts onvoldoende bekwaam acht, of twijfels heeft over de kwaliteit van de indicatiestelling of het wetenschappelijke gehalte van de specialist, bij wie zijn patiënt zich onder behandeling heeft gesteld.
- 9.4. Niet gebleken is dat de huisarts verzoekster gericht naar Prescan heeft verwezen voor een MRI-scan. Verzoekster heeft hiertoe zelf het initiatief genomen. Dat dit met medeweten van de huisarts is gebeurd, brengt hierin geen verandering. In de zorgverzekering is geen dekking opgenomen voor preventieve onderzoeken op initiatief van de verzekerde. De kosten van de MRI-scan bij Prescan kunnen dan ook niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 21 maart 2012,

Voorzitter