

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, MRI/CT scan en een gastro- en
coloscopie .
Zaaknummer : 2007.2604
Zittingsdatum : 9 april 2008

Zaak: 2007.2604, geneeskundige zorg buitenland, MRI/CT scan en een gastro- en coloscopie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 30 juli 2007 een preventieve MRI/CT scan en een diagnostische gastro- en coloscopie in Duitsland niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Optimaal (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zvw.

3.2. De behandelend huisarts heeft bij verzoeker het volgende klachten patroon vastgesteld: "pijnklachten linker zij (destijds aangeduid als IBS), naast oesofagale klachten bij familiale belasting met betrekking tot darmpoliepen". Verzoeker heeft naar aanleiding van zijn klachtenpatroon bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een beoordeling van zijn gastro intestinale stelsel en een MRI/CT scan" (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 2 juli 2007 heeft een coloscopie en een gastroscopie plaatsgevonden, op 10 juli 2007 heeft de MRI/CT scan plaatsgevonden, op de vergoedingen waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden .

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 3 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak

alsnog in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren .
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 6 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 20 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 13 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 maart 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen voor zover het de CT scans en het MRI onderzoek betreft omdat verzoeker hiervoor geen indicatie heeft. Met betrekking tot de coloscopie adviseert het CVZ de commissie tot een toewijzing omdat deze aanspraak, aangezien er een verwijzing ligt van een huisarts en deze zorg is uitgevoerd door een medisch specialist, op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in verband met zijn leeftijd een periodiek medisch preventief onderzoek heeft laten uitvoeren. De uitslagen daarvan zijn aanleiding geweest om diverse preventieve maatregelen te nemen onder leiding van de huisarts.
- 4.2. Daarnaast is verzoeker in verband met maag- en darmklachten door zijn huisarts verwezen naar een internist. Gezien de wachttijd van minimaal drie maanden heeft hij zich tot Prescan gewend, waarna hij in Botrop (Duitsland) een gastro- en coloscopie heeft ondergaan. Aan de hand van de bevindingen zijn door de huisarts medicijnen voorgeschreven om de klachten te verhelpen. Dit is tevens in het belang van de zorgverzekeraar omdat hiermee mogelijke complexe en dure ingrepen worden voorkomen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat preventieve medische onderzoeken in Nederland onder Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) vallen. Omdat Prescan niet tot de gecontracteerde zorgverleners behoort die op grond van de WBO dergelijke preventieve onderzoeken mogen uitvoeren, kunnen de kosten niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.
- 5.2. Ten aanzien van de gastro- en coloscopie stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker hiervoor wel een verwijzing heeft van zijn huisarts, doch dat deze gericht is aan een

bepaalde internist in een bepaald ziekenhuis. Bovendien is Prescan geen toegelaten instelling in de zin van de Wet toelating zorg instellingen. Om die redenen komen de gastro- en coloscopie evenmin voor vergoeding in aanmerking.

- 5.3 De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er terecht is afgewezen.

De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikelen 18 van de zorgverzekering. Artikel 18.2, lid 2, van de zorgverzekering bepaalt ten aanzien van de vraag wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op Medisch-specialistische zorg bestaat, voor zover van belang, het volgende:

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of een andere medisch-specialist. (. . .). De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

Artikel 18.2 lid 2 onder b ziet op de niet-klinische medisch-specialistische zorg en bepaalt dienaangaande:

*"Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een door een als ziekenhuis toegelaten zorginstelling.
(. . .)
Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in ZaG. (...)"*

Artikel 18.17, lid 2, ziet op zorg in het buitenland en regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

*De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
* tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
* 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.*

- 7.2. De regeling in artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering/van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de

Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.3. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vragen of verzoeker in aanmerking komt voor de vergoeding van het door hem ondergane MRI/CT onderzoek en of de gastro- en coloscopie gezien de overige voorwaarden van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, en zo ja, voor welk bedrag?
- 7.6. Met betrekking tot de eerste vraag oordeelt de commissie als volgt. Een MRI/CT-onderzoek op aanvraag van een medisch-specialist is een gebruikelijke onderzoeksmethode voor diagnostiek, en daarmee ten algemene te beschouwen als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. Ten aanzien van de individuele (verzekerings)indicatie is de commissie, evenals het CVZ, van oordeel dat het onderhavige onderzoek op initiatief van verzoeker heeft plaatsgevonden in verband met de leeftijd van verzekerde. Er is derhalve sprake van een niet-gericht MRI/CT onderzoek op basis van een leeftijdscriterium. Zodanig onderzoek kan niet worden aangemerkt als een behoefte die op grond van zorginhoudelijke criteria kan worden beoordeeld. De commissie komt op grond hiervan tot de conclusie dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een MRI/CT onderzoek.
- 7.8. Voor zover het verzoek ziet op de kostenbesparing oordeelt de commissie als volgt. Een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel en alleen worden toegewezen als de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is. Bij die beoordeling is volstrekt irrelevant of de gewenste behandeling in de toekomst mogelijkerwijs een besparing oplevert.
- 7.9. Ten aanzien van de gastro- en coloscopie heeft het volgende te gelden. De vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering staat tussen partijen niet langer ter discussie. De zorgverzekeraar heeft deze vraag in zijn brief van 6 februari 2008 gepasseerd, stellende dat de verwijzing naar een bepaalde internist heeft plaatsgevonden, en dat daarom een onderzoek door een andere internist C.q. in een nadere instelling, niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.10. Voor zover de zorgverzekeraar stelt dat verzoeker niet over een juiste verwijzing van zijn huisarts beschikt, is die stelling naar het oordeel van de commissie onbegrijpelijk. Wil het onderhavige onderzoek voor vergoeding in aanmerking kunnen komen, dan dient daaraan een deugdelijke verwijzing ten grondslag te liggen. Van een deugdelij-

ke verwijzing is sprake als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

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, en;
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.

Aan deze vereisten voldoet de verwijzing van 5 juni 2007, aangezien die door de huisarts is afgegeven. Dat verzoeker om voor hem moverende reden kiest voor een andere internist staat hem op grond van de polisvoorwaarden vrij. Het is aan verzekerde te bepalen door wie hij zich laat behandelen dan wel onderzoeken. Aangezien de verwijzing als deugdelijk is te beschouwen, is dit geen grond om tot weigering van de vergoeding over te gaan.

- 7.11. Terecht voert de zorgverzekeraar aan dat Prescan geen als ziekenhuis toegelaten zorg instelling is. Echter, de onderzoeken die verzoeker heeft ondergaan zijn uitgevoerd door een internist en hebben plaatsgevonden in het ziekenhuis Marienhospital in Bottrop. Ook hierin ziet de commissie derhalve geen reden om niet tot vergoeding van de onderhavige onderzoeken over te gaan.
 - 7.12. Uit paragraaf 5 van de Instructie DBC-registratie Gastro-enterologie blijkt dat sommige diagnostische zorg activiteiten als 'overige en ondersteunende producten' los declarabel zijn. Deze overige en ondersteunende producten zijn alleen declarabel als deze worden uitgevoerd op aanvraag van onder andere de eerste lijn. Voor de registratie van scopieën geldt in dit geval dat de registratie plaatsvindt als zorgactiviteit in een zorgtraject met zorgtype 41. Dit leidt volgens bijlage 3 van de instructie tot declaratiecode 034483 voor de gastroscopie en declaratiecode 034686 voor de coloscopie.
 - 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het verzoek ziet op de vergoeding van de door verzoeker ingediende rekening ten behoeve van een door hem ondergane gastro- en coloscopie.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.13 bepaalde, toe.
 - 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 9 april 2008,



Voorzitter