

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E. te F
Zaak : EU-EER, onderzoek Prescan
Zaaknummer : 2009.01254
Zittingsdatum : 7 oktober 2009

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D en E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 april 2009 de kosten van een onderzoek door Prescan te Gronau (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het onderhavige onderzoek was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft zich voor een aantal onderzoeken, onder andere bestaande uit MRI-scans, gewend tot Prescan. De onderzoeken zijn hierop uitgevoerd te Gronau (Duitsland). Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de daaraan verbonden kosten ter hoogte van € 1.159,50 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 27 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 16 juni 2009 heeft verzoeker 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 5 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 augustus 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 4 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29086465) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een algemeen, niet aan een bepaalde aandoening gerelateerd onderzoek niet kan worden aangemerkt als een behoefte die op grond van zorginhoudelijke criteria kan worden beoordeeld. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 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 14 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij niet om volledige vergoeding heeft verzocht, doch alleen om vergoeding van de “gebruikelijke kosten van een standaard hart- en vaatonderzoek”. Hij verwijst in dit kader naar de aanvullende verzekeringsvoorwaarden, waarin dekking is opgenomen voor de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten. Hij voegt hieraan toe dat zulks hem tijdens een telefonisch onderhoud op 4 december 2008, om 14.25 uur, desgevraagd ook door een met name genoemde medewerkster is bevestigd. Voorts verklaart verzoeker dat uit het rapport van de cardiologe blijkt dat haar onderzoek “op de klassieke manier – dus geen MRI – heeft plaatsgevonden”. Er is wel een MRI-scan van de schedel en hersenen gemaakt, waardoor een Doppler-onderzoek achterwege kon blijven. De ziektekostenverzekeraar zou de kosten van het door de cardiologe verrichte onderzoek daarom moeten vergoeden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling nog aangevoerd dat in het voortraject niet op zijn argumenten is gereageerd. Er volgde een afwijzing omdat hij het volledige bedrag zou claimen. Dit doet hij echter niet. De ziektekostenverzekeraar hanteert steeds wisselende argumenten. Met betrekking tot het CVZ-advies merkt verzoeker op dat het hem bevreemdt dat het CVZ geen advies kan geven over de aanvullende

ziekttekostenverzekering.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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, en onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, dat in de zorgverzekering geen dekking is opgenomen voor de onderhavige kosten. Op grond van de door verzoeker gesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat evenmin recht op MRI-scans en Total Body Scans. Het door verzoeker aangehaalde telefoongesprek is niet exact te reconstrueren. Daarbij verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 11 van de aanvullende verzekeringsvoorwaarden, waarin staat dat mededelingen en toezeggingen die worden gedaan de ziektekostenverzekeraar alleen binden als deze schriftelijk zijn bevestigd.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat duidelijk is dat verzoeker geen volledige vergoeding claimt. Er is getoetst aan de verzekeringsvoorwaarden, en daarin is geen dekking opgenomen voor de onderhavige preventieve zorg. Hetzelfde geldt met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak van verzoeker 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de door haar gemaakte kosten van een onderzoek door Prescan te Gronau. 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 11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. Artikel 11.1 ziet op de situatie dat de verzekerde woonachtig is in Nederland en zorg krijgt in het buitenland. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.”

Artikel 11.4 van de zorgverzekering bepaalt:

“Als u zorg inroept in een ander land dan uw woonland van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering te vragen. Dat geeft duidelijkheid en bespaart teleurstellingen achteraf. Het kan zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in de vergoedingsbepaling in deze voorwaarden hebben vastgelegd.”

Artikel 20.2 van de zorgverzekering ziet op medisch specialistische zorg zonder opname en luidt, voor zover in dit verband van belang, als volgt:

“20.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

Verwijzing

- U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.

(...).”

- 7.3. De artikelen 11 en 20 zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv), de Regeling zorgverzekering (Rzv) de toelichtingen op deze wet- en regelgeving, en het ingevulde aanvraagformulier.
- 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. Gesteld noch gebleken is dat sprake is van een noodzaak tot behandeling die is opgekomen tijdens het verblijf in het buitenland. Verzoeker is immers naar Gronau gegaan teneinde aldaar de onderzoeken te laten plaatsvinden. Deze onderzoeken behoren tot de medisch specialistische zorg, zodat overeenkomstig artikel 20.2.1. van de zorgverzekering een verwijzing door een van de aldaar genoemde artsen is vereist. Een zodanige, gerichte verwijzing ontbreekt; verzoeker heeft zelf het initiatief genomen tot de onderzoeken.
In de zorgverzekering is geen dekking opgenomen voor preventieve onderzoeken op initiatief van de verzekerde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. In artikel 13.2.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat, om een ziekte te voorkomen, de ziektekostenverzekeraar bepaalde preventieve onderzoeken vergoedt. Het gaat daarbij onder andere om “onderzoeken naar hart en bloedvaten” en “screenings”. In artikel 13.2.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering is evenwel een uitsluiting opgenomen die onder meer betrekking heeft op “(preventieve) onderzoeken waarbij ioniserende straling wordt gebruikt, zoals röntgenfoto’s, CT-scans, MRI-scans en Total Body Scans.”
- 7.8. Uit de door verzoeker in de procedure overgelegde stukken blijkt dat in Gronau MRI-scans zijn uitgevoerd van schedel en hersenen, bloedvaten in de hals, bovenbuik en bekken. Deze MRI-scans vallen onder de uitsluiting van artikel 13.2.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering en komen om die reden niet voor vergoeding in aanmerking. Dat met de MRI-scan van schedel en hersenen kosten van een Dopplersonderzoek zijn bespaard – zoals door verzoeker is gesteld – maakt dit niet anders.
- 7.9. Naast de MRI-scans is sprake van een “Cardio Plus pakket met longfunctie-onderzoek”. Door verzoeker is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet, althans onvoldoende bestreden, dat het hier gaat om een cardiologisch onderzoek “op de klassieke manier”. De ziektekostenverzekeraar dient de met dit onderzoek gemoeide kosten te vergoeden overeenkomstig Deel 1: Vergoedingen Overzicht, behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking van het privaatrecht

- 7.10. Naar de commissie begrijpt is tijdens het telefonisch onderhoud met verzoeker op 4 december 2008 niet meer en niet minder toegezegd dan dat de kosten van onderzoeken naar hart en bloedvaten gedekt zijn onder de aanvullende ziektekostenverzekering. Gelet op het gestelde onder 7.9 behoeft de vraag of en, zo ja, wat precies is toegezegd tijdens voornoemd onderhoud daarom geen verdere aandacht.

Conclusie

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het gaat om de kosten van het “Cardio Plus pakket met longfunctieonderzoek”, en met inachtneming van Deel 1: Vergoedingen Overzicht, behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.12. Gelet op de uitkomst acht de commissie tevens termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het door verzoeker betaalde entreegeld ad € 37,-- te vergoeden.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het bepaalde in 7.11.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het betaalde entreegeld ad € 37,--.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter