

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F en G te
D, in deze vertegenwoordigd door E te
F
Zaak : Geneeskundige zorg, preventieve bodyscan
Zaaknummer : 2009.00199
Zittingsdatum : 1 juli 2009

Zaak: 2009.00199, geneeskundige zorg, preventieve bodyscan

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Partij I:

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F

en

Partij II:

G te D, in deze vertegenwoordigd door E te F,

hierna tezamen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 november 2008 de door verzoeker ondergane preventieve bodyscan (MRI) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Principepolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Principe Plus Polis drie sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.

3.2. Verzoeker heeft zich uit preventieve overwegingen gewend tot een MRI-centrum voor een volledige bodyscan. Hieruit is, naast de aanwezigheid van een galsteen, naar voren gekomen dat verzoeker hartproblemen heeft, waarvoor hij is doorverwezen naar een cardioloog. Daar bleek dat verzoeker last had van hartritmestoornissen. Hij heeft bètablokkers voorgeschreven gekregen en anticoagulantia. Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de full bodyscan ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

- 3.3. Op 3 september 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 19 januari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering 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 ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek zijn afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 4 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 6 mei 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 29 mei 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29049230) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker naar inhoud en omvang niet op een bodyscan was aangewezen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 juni 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2009 respectievelijk in persoon en telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 juli 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 6 juli 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 een preventieve scan heeft laten maken. Naar achteraf bleek was dat een goede gedachte. Op grond van die preventieve scan is een hartritmestoornis vastgesteld. Hij is daarop direct doorverwezen naar zijn huisarts, die hem heeft doorgezonden naar een cardioloog. Het resultaat is dat voor de geconstateerde boezemfibrillatie bètablokkers heeft

voorgeschreven gekregen. Ook zijn hem anticoagulantia voorgeschreven en is hij aangemeld bij de trombosedienst.

- 4.2. Daarnaast is vastgesteld dat hij een grote steen in de galblaas heeft en is vastgesteld dat de vergroting van de prostaat stabiel is.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij door het preventieve onderzoek de ziektekostenverzekeraar en de totale maatschappij veel kosten heeft bespaard. Hij is dan ook van oordeel dat de onderhavige rekening voor de totale bodyscan - te weten € 1279,50 - dient te worden vergoed. Preventie is immers de eerste aanzet tot besparing van de kosten. De afwijzing is voor verzoeker onbegrijpelijk omdat de (veel hogere) kosten ten gevolge van een hartafwijking wel zouden worden vergoed.
- 4.4. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij geen overeenkomst heeft met het bedrijf waar de bodyscan is gemaakt, is volgens verzoeker niet relevant. Wat wel relevant is, is dat de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst heeft met verzoeker, en dat verzoeker recht heeft op zorg.
- 4.5. 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, dat de kosten voor de onderhavige behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komen omdat preventieve onderzoeken niet vanuit de basisverzekering kunnen worden vergoed.
- 5.2. Met betrekking tot de aanvullende verzekering stelt de ziektekostenverzekeraar dat geen overeenkomst is gesloten met de organisatie waar de bodyscan heeft plaatsgevonden, hetgeen als voorwaarde is aangegeven in artikel 41 van de aanvullende verzekering. Bovendien voldoet de onderhavige instelling niet aan de eisen van de Wet toelating zorginstellingen en heeft het van het Ministerie van VWS dan ook geen erkenning gekregen als ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. De onderhavige instelling is zich daarvan bewust en heeft dan ook op zijn website opgenomen dat in alle gevallen contact moet worden opgenomen met de verzekeraar in verband met een eventuele vergoeding.
- 5.3. Omdat verzoeker geen contact heeft opgenomen met de afdeling zorgbemiddeling, waarbij hij bemiddeld had kunnen worden naar een wel gecontracteerd behandelcentra, kan de nota niet in behandeling worden genomen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. In geschil is of de kosten verbonden aan de door verzoeker ondergane preventieve bodyscan, op grond van de basisverzekering dan wel de aanvullende verzekering dan wel op basis van beide, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, voor vergoeding in aanmerking komen.

Ten aanzien van de Zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 5 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt ten aanzien van de vraag wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op extramurale medisch-specialistische zorg bestaat, voor zover hier van belang, het volgende:

"Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

(...)

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, (...) of andere medisch specialist."

- 7.3. De regeling in artikel 5 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 14, lid 1, Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. 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 in combinatie met het feit dat het laatste preventieve onderzoek acht jaar geleden heeft plaatsgevonden. Er is derhalve sprake van een niet-gericht MRI/CT onderzoek, op basis van een leeftijds-criterium. 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 verzoeker geen verzekeringsindicatie had voor het

door hem ondergane 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 niet relevant of de gewenste behandeling in de toekomst een mogelijkerwijs een besparing oplevert.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. Het betreft hier een restitutiepolis met deels gecontracteerde zorg, waaronder een preventief onderzoek in verband met hart- en vaatziekten, zodat de verzekerde gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg is geregeld in artikel 41 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin wordt, voor zover relevant, het volgende bepaald.

“Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- (...);*
- hart- en vaatziekten;*
- (...).*

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.*
- Het onderzoek moet conform de vigerende wetgeving toelaatbaar zijn.*

(...)”

- 7.10. Uit artikel 41 van de aanvullende verzekering blijkt dat de aanspraak op een preventief onderzoek ten behoeve van de vroege opsporing van hart- en vaatziekten uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt, indien dit onderzoek is uitgevoerd door een gecontracteerde zorgverlener. De commissie is hiervan niet gebleken. De commissie kan om die reden tot geen andere conclusie komen dan dat het onderhavige MRI/CT onderzoek niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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, 12 augustus 2009,

Voorzitter