



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze
vertegenwoordigd door Stichting Promovendum te Dordrecht

Zaak : EU/EER, Verenigd Koninkrijk, medisch specialistische zorg, MRI-scan en consult

Zaaknummer : 201701504

Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Stichting Promovendum te Dordrecht.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Ready-2-Go afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een MRI, gemaakt in Loughborough, Verenigd Koninkrijk, en van het hierop volgende consult (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.


3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 21 en 29 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.


3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.


3.4. Bij brief van 21 januari 2018 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 van € 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 de commissie bij brief van 25 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juni 2018 aan verzoeker gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 juli 2018 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.


 3.8. Bij brief van 25 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 4 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018032983) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, omdat het geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties als vermeld in artikel 11 Zvw.


 Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 5 juli 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 augustus 2018 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft zijn woonplaats in België, maar is in Nederland verzekeringsplichtig op grond van de Zvw. Hij studeert in het Verenigd Koninkrijk. Aldaar heeft hij op 8 februari 2017 tijdens het spelen van rugby zijn schouder bezeerd. Zijn arm was uit de kom geraakt, en de schade moest worden beoordeeld alvorens kon worden besloten welke behandeling diende te volgen. Verzoeker heeft op verwijzing van de teamarts van het rugbyteam een MRI laten maken, waarna een consult heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten hiervan niet vergoeden vanwege het ontbreken van een verwijzing.

 4.2. Verzoeker stelt dat in het Verenigd Koninkrijk - anders dan in Nederland - geen huisartsen bestaan die de rol van poortwachter vervullen en doorverwijzen voor medisch specialistische zorg. Hij merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar bij aanvang van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering ervan op de hoogte was dat hij in het Verenigd Koninkrijk studeert en dat de zorg daar anders is geregeld. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar daarom de onderhavige kosten niet mag afwijzen op de grond dat een verwijzing van de huisarts ontbreekt.

 4.3. Verzoeker stelt voorts dat als hij wél door een huisarts zou zijn gezien, hij eveneens voor een MRI zou zijn doorverwezen. Uit de op basis hiervan gestelde diagnose blijkt immers hoe groot de schade aan zijn schouder was. De operatie heeft inmiddels plaatsgevonden en kosten hiervan zijn wél vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar impliciet erkend dat de gemaakte MRI en het consult noodzakelijk waren.

 4.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft eerder vastgesteld dat sprake is van een EHC-situatie. Daarom moet de ziektekostenverzekeraar de kosten van de MRI vergoeden.

 4.5. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij zich had moeten wenden tot de National Health Service (hierna: NHS). Dit betreft gratis basiszorg met zeer lange wachttijden. Een verzekeraar die hem maandelijks premie in rekening brengt, kan niet betogen dat hij zich moet bedienen van gratis zorg in een ander land.

 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft in het Verenigd Koninkrijk een MRI-scan laten maken. Aangezien hij voor deze MRI-scan niet is verwezen door een huisarts, en de MRI evenmin is verricht in het kader van een lopend zorgtraject in een ziekenhuis, komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. Verzoeker is verzekerd op grond van de zorgverzekering. Daarom zijn de voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing. Dat de zorg in het Verenigd Koninkrijk anders is geregeld, is hierbij niet van belang.

5.3. Het schouderletsel van verzoeker is op 8 februari 2017 ontstaan. De MRI-scan is eerst op 18 maart 2017 gemaakt. Tussen het ontstaan van het letsel en de aanvang van de zorg is derhalve geruime tijd verstreken. Dit wijst niet op een spoedeisende behandeling.

5.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat een sportarts hem heeft verwezen voor de onderhavige MRI. In reactie op een vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat sportgeneeskunde sinds 1 juli 2014 officieel is erkend als medisch specialisme en sinds 1 januari 2016 onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit houdt in dat een sportarts, als medisch specialist, een medisch specialistisch zorgtraject (DOT) mag openen. Binnen dit zorgtraject kan de sportarts de benodigde diagnostische activiteiten aanvragen zoals een MRI of een CT-scan. De sportarts geldt hierbij als de hoofdbehandelaar van het zorgtraject. Net als bij andere medisch specialisten heeft een betrokkene een verwijzing vanuit de 'eerste lijn' (huisarts) nodig. Zonder verwijzing van de huisarts mag niet zomaar een zorgtraject worden geopend.

De onderhavige MRI is geen onderdeel van een zorgtraject, maar een los uitgevoerde diagnostische activiteit. Een losse MRI is in Nederland alleen declarabel op verwijzing van een huisarts, niet op verwijzing van een sportarts. Hierbij moet worden opgemerkt dat in de situatie van verzoeker de MRI geen deel uitmaakt van het zorgtraject dat later is geopend in het Belgische ziekenhuis.

Of de verwijzende arts van het rugbyteam is aan te merken als een sportarts is in de onderhavige situatie niet van belang, aangezien de MRI niet is verricht als onderdeel van een zorgtraject onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

5.5. Op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot tarifiering van de gedeclareerde kosten. In dit kader wordt nagegaan of de gedeclareerde zorg is verzekerd op basis van de sociale ziektekostenverzekering in het Verenigd Koninkrijk, en welk bedrag hiervoor ter plaatse wordt vergoed.

In het Verenigd Koninkrijk is het zorgstelsel geregeld vanuit de overheid. Dit is georganiseerd in de NHS. De NHS zorgt voor vergoeding van de medisch noodzakelijke kosten en stelt jaarlijks vast welke kosten vanuit de NHS worden vergoed. Daarnaast wijst de NHS de zorgaanbieders aan die onder de regeling van de NHS vallen. Zorgaanbieders die niet onder de paraplu van de NHS vallen, zijn de zogenoemde 'Private Healthcare Providers'. Kosten van zorg verleend door dergelijke private zorgaanbieders worden niet vergoed ten laste van het sociale zorgstelsel en blijven voor rekening van de patiënt.

De instelling waar verzoeker de MRI heeft laten maken en de hierop volgende consultatie heeft plaatsgevonden, is HCA Healthcare. Deze instelling is een private zorgaanbieder in het Britse stelsel. Dit betekent dat de gemaakte kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de NHS, het zijn dus onverzekerde kosten.

5.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige kosten.

5.7. 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, welke bepaling volgens de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een MRI, gemaakt in het Verenigd Koninkrijk, en het hierop volgende consult, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Je hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Verwijsbrief nodig van

*Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.
(...)”*

- 8.4. In artikel 9 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“9.1 Je woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als je woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heb je voor zorg recht op:

• zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor jou van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

• zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

• vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat je zou krijgen als je in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

*Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heb je recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
(...)"*

- 8.5. De artikelen 9.1 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"1.1 Spoedeisende zorg

*Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van Promovendum Ruime Keuze recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.
(...)"*

8.9. Artikel 19 Vo. nr. 883/2004 luidt:

"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tijdens zijn verblijf in het Verenigd Koninkrijk, een andere EU-lidstaat, is verzoeker geblesseerd geraakt. Enige tijd later is een MRI gemaakt, waarop een consult is gevolgd. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd de hiermee gemoede kosten te vergoeden. Er is sprake van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Het betreft hier een situatie als bedoeld in artikel 19 Vo. nr. 883/2004. Zoals uit de laatste zin van het eerste lid valt op te maken, bestaat aanspraak op verstrekkingen voor rekening van het bevoegde orgaan (i.c. de ziektekostenverzekeraar) verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats (i.c. de NHS), volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof betrokkene krachtens die wetgeving verzekerd was. Normaliter wordt de zorg in de lidstaat van verblijf in natura verleend op vertoon van de European Health Insurance Card (EHIC). Kan de EHIC niet worden getoond of wordt deze door de zorgaanbieder niet geaccepteerd, dan voorziet artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 in de mogelijkheid van vergoeding achteraf.

Verzoeker heeft zich gewend tot HCA Healthcare. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat deze zorgaanbieder niet onder de NHS valt. Dit betekent dat – los van het antwoord op de vraag of de EHIC door verzoeker is getoond en waarom deze in dat geval niet door de zorgaanbieder is geaccepteerd – op basis van Vo. nr. 883/2004 geen aanspraak op vergoeding bestaat. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over de NHS, met name ten aanzien van de lange wachttijden, maakt het voorgaande niet anders.

Het vorenoverwogene leidt tevens tot de conclusie dat tarifiering, op de voet van vornoemd artikel 25, niet aan de orde is. In de beslissing van de ziektekostenverzekeraar een tarifieringsverzoek te doen bij de NHS zal de commissie evenwel niet treden.

9.2. Naast de onder 9.1 genoemde verordeningen is er de zogenoemde Patiëntenrichtlijn (Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad). Deze heeft geen rechtstreekse werking, maar diende door de lidstaten tijdig te worden geïmplementeerd in de nationale regelgeving. Hoofdstuk III van de richtlijn ziet op terugbetaling van de kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Artikel 7 benoemt de algemene beginselen en in het eerste lid is bepaald dat, onverminderd Vo. nr. 883/2004 en behoudens de artikelen 8 en 9, de lidstaat van aansluiting waarborgt dat de kosten van de verzekerde die grensoverschrijdende gezondheidszorg heeft ontvangen, worden terugbetaald, indien de betrokken zorg deel uitmaakt van de prestaties waarop de verzekerde uit hoofde van de wetgeving van de lidstaat van aansluiting recht heeft. Volgens het vierde lid worden de kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg door de lidstaat van aansluiting terugbetaald of rechtstreeks betaald tot het bedrag dat door de lidstaat van aansluiting zou zijn ten laste genomen indien de gezondheidszorg op het grondgebied ervan zou zijn verleend; het ten laste genomen bedrag is echter niet hoger dan de feitelijke kosten van de ontvangen gezondheidszorg. De lidstaat van aansluiting kan overigens ook besluiten de volledige kosten terug te betalen of bepaalde andere kosten, zoals reis- en verblijfkosten, te vergoeden. Vast staat dat een MRI en een consult tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoren, zodat, ervan uitgaande dat de richtlijn correct is geïmplementeerd, verzoeker in beginsel in

aanmerking komt voor vergoeding van de in het geding zijn de kosten tot maximaal het in Nederland geldende tarief dan wel het bedrag van de werkelijke kosten indien deze lager zijn.

- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is echter betoogd dat hij niet tot enige vergoeding is gehouden, aangezien een verwijzing door een daartoe bevoegde arts ontbreekt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

De aanspraak op medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 15 van de zorgverzekering. In dit artikel is bepaald dat voor deze zorg een verwijzing nodig is van een "huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg." Verzoeker is door de teamarts van het rugbyteam verwezen voor de MRI. Verzoeker heeft gesteld dat deze teamarts een sportarts is. Of deze arts is aan te merken als een medisch specialist is evenwel niet te beoordelen, aangezien de gegevens van deze arts in de procedure niet bekend zijn gemaakt. Evenmin is gebleken dat de betreffende teamarts is aan te merken als één van de andere in artikel 15 van de zorgverzekering genoemde zorgaanbieders. Aan de eis van voorafgaande verwijzing is derhalve niet voldaan.

Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat de huisarts in het Engelse stelsel niet de rol van poortwachter vervult. Wat daarvan ook zij, naar het oordeel van de commissie staat hiermee nog niet vast (i) dat in het Verenigd Koninkrijk geen huisartsen of daarmee gelijk te stellen beroepsbeoefenaren werkzaam zijn, en (ii) dat deze huisartsen of beroepsbeoefenaren, daarnaar gevraagd, zouden hebben geweigerd een verwijzing voor een MRI en daaropvolgende consultatie af te geven. De stelling van verzoeker wordt om die reden gepasseerd.

- 9.4. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de noodzaak van de MRI impliciet heeft erkend door de kosten van de schouderoperatie te vergoeden. Dit argument kan niet leiden tot een toekenning van het verzoek. De huisarts van verzoeker heeft hem voor deze operatie verwezen naar het ziekenhuis zodat hiervoor wél een geldige verwijzing aanwezig was.
- 9.5. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 15 van de zorgverzekering heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de in het Verenigd Koninkrijk gemaakte MRI en het daaropvolgende consult.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland. In artikel 1.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat het een acute situatie moet betreffen waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Verzoeker is op 8 februari 2017 geblesseerd geraakt, en pas op 18 maart 2017 is de MRI gemaakt. Gezien de verstreken periode tussen het ontstaan van de blessure en de MRI kan niet worden gesproken van spoedeisende zorg zoals bedoeld in de aanvullende ziektekostenverzekering. De kosten kunnen daarom niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 september 2018,



H.A.J. Kroon

