

Anoniem Bindend advies

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, poliklinisch
onderzoek kinderarts
Zaaknummer : ANO07.245
Zittingsdatum : 19 september 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.245 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, poliklinisch onderzoek kinderarts)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11, 14 Zvw, 2.1, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzekerde, in deze vertegenwoordigd door C te D, hierna te noemen verzoekster,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 23 december 2006 inzake het niet vergoeden van de kosten van een poliklinisch onderzoek door een kinderarts.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige verzoek om vergoeding was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd-polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij uitkeringspecificatie van 23 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de kosten van een poliklinisch onderzoek door een kinderarts niet worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 14 maart 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het poliklinisch onderzoek van verzekerde door een kinderarts te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 23 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 2 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 20 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Partijen zijn op 19 september 2007 telefonisch gehoord. Daarbij zijn partijen in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.10. Bij brief van 20 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen aangegeven dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
 - 4.1. Verzekerde is op 15 november 2003 geboren in China. Verzoekster verklaart verzekerde in juni 2006 te hebben geadopteerd. In augustus 2006 is verzekerde in het ziekenhuis onderzocht door een kinderarts. De kosten van het onderzoek (€ 362,50) worden door de zorgverzekeraar niet vergoed omdat het gaat om een geadopteerd kind. Verzoekster vindt dat discriminatie omdat een biologisch eigen kind wel alle kosten vergoed zou krijgen.
 - 4.2. Verder stelt verzoekster dat in een eerder geval de onderhavige kosten wel zijn vergoed en dat de onderzoeken verplicht waren. Andere adoptieouders hebben de daarmee gemoeide kosten wel vergoed gekregen van hun respectievelijke zorgverzekeraars.
 - 4.3. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar de vorenbedoelde kosten ten laste van de zorgverzekering dient te vergoeden.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat een verzekerde, op grond van artikel 8.1 van de zorgverzekering, recht heeft op zorg of andere diensten zoals omschreven in de artikelen 8.4 tot en met 8.17 van de zorgverzekering. Voorts bepaalt artikel 10 van de zorgverzekering dat een verzekerde enkel aanspraak kan maken op voormelde zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.

- 5.2. Uit de door de behandelend arts gebruikte DBC-code (16116189010721) blijkt dat de behandeling betrekking heeft op de toelatingsprocedure voor adoptiekinderen waarbij die kinderen medisch gescreend worden op onder meer besmettelijke aandoeningen. Medische screening voorafgaand aan de toelating van een buitenlands adoptiekind tot Nederland is wettelijk vereiste, welke is neergelegd in de Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie. Bij zodanige medische screening ten behoeve van adoptie, gaat het niet om medisch geïndiceerde zorg en mitsdien – gelet op artikel 10 van de zorgverzekering – valt dit niet onder de verzekerde prestaties van de zorgverzekering. Ter onderbouwing van dit standpunt verwijst de zorgverzekeraar naar het antwoord van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op kamervragen over medische screening van geadopteerde kinderen. Ook in de aanvullende verzekering is voor deze screening geen dekking opgenomen.
- 5.3. De zorgverzekeraar is niet gehouden de kosten van het onderhavige onderzoek te vergoeden, omdat andere zorgverzekeraar deze kosten wel zouden vergoeden.
- 5.4. De zorgverzekeraar concludeert dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het onderhavige onderzoek ten laste van de zorgverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op vergoeding van het poliklinische onderzoek van verzekerde door de kinderarts moet worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige aanvraag bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering. Het betreft hier een naturapolis, zodat verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg.
- 7.2. Artikel 8.1 van de zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde recht heeft op zorg of andere diensten zoals omschreven in de artikelen 8.4 tot en met 8.17 van de zorgverzekering. In de zorgverzekering is geen afzonderlijke aanspraak opgenomen voor een medische screening in verband met de adoptie van een buitenlands kind. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is opgenomen in artikel 8.4 van de zorgverzekering. Laatstgenoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 8.4

1 Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (...), medisch-specialisten (...) die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek,(...)”

In het tweede kader bij artikel 8.4 van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

Voor de bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorend tot het DBC segment B en niet van plastisch-chirurgische aard

Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch specialist en een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch specialist verbonden aan een conform de bij of krachtens de wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie

Op voorwaarde van: De nadere voorwaarden zoals opgenomen in het Verzekeringsreglement Zorg en verwijzing door huisarts, medisch specialist of verloskundige

Prestatiewijze: Natura

Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: Website. Op verzoek wordt de lijst met gecontracteerde aanbieders toegezonden.

In het Verzekeringsreglement zorg, waarnaar in artikel 8.4 van de zorgverzekering wordt verwezen, zijn geen bepalingen opgenomen die voor de beoordeling van dit geschil van belang zijn.

Verder luidt artikel 10 van de zorgverzekering als volgt:

“Artikel 10 indicatie voor de aanspraak op zorg

- a. Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8 heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.*
- b. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.”*

- 7.3. De zorgverzekering vindt blijkens artikel 2 van de zorgverzekering zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringsnemer ingevulde aanvraagformulier.

De commissie is van oordeel dat het bepaalde in de artikelen 8.4 en 10 van de zorgverzekering strookt met de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, met name de artikelen 10, 11 en 14 van de Zvw en de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv.

Daarbij merkt de commissie nog op dat in de toelichting op de Zvw wordt aangegeven dat de hoofdlijn is dat de Zvw – en in het verlengde daarvan de zorgverzekering – betrekking heeft op de zorg die is gericht op genezing. Verder is in de toelichting op artikel 2.1 van het Bzv het volgende opgenomen:

“Dat bepaalde zorg gebruikelijk en mitsdien tot het verzekeringspakket behoort, wil niet zeggen dat de verzekerde daar zonder meer recht op heeft. Veelal zullen in de zorgpolis voorwaarden als verwijzing, voorschrijven of toestemming opgenomen zijn, waaraan moet zijn voldaan om de aanspraak tot gelding te kunnen brengen. Daarbij gaat het er dus niet om of de verzekerde voor die zorg is verzekerd, doch om een nadere beslissing omtrent de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.”

- 7.4. Gesteld, noch gebleken is dat verzekerde een medische indicatie heeft voor het onderhavige onderzoek. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat dit onderzoek niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

- 7.5. Verzoekster heeft gesteld dat in een eerder geval de kosten wel zijn vergoed. De commissie begrijpt dat de betreffende adoptie al in het jaar 2003, derhalve ruim vóór de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet heeft plaatsgevonden. Voorts heeft verzoekster naar voren gebracht dat zij van andere adoptieouders heeft begrepen dat hun respectievelijke zorgverzekeraars de kosten van het onderzoek wel vergoeden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende. Niet gebleken is op grond waarvan die andere zorgverzekeraars het onderhavige onderzoek vergoeden. Mogelijk dat een dekking ten laste van een aanvullende verzekering of een coulanceregeling bestaat. Handelingen van andere zorgverzekeraars kunnen echter niet aan de zorgverzekeraar worden tegengeworpen. Uitsluitend hetgeen in de zorgverzekering is opgenomen komt, indien aan de voorwaarden wordt voldaan, voor vergoeding of verstrekking in aanmerking. Zoals hiervoor gezegd, valt het onderhavige onderzoek niet onder de verzekerde prestaties van de zorgverzekering. Dat het onderzoek verplicht is gesteld, maakt dit niet anders.
- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 oktober 2007

Voorzitter