

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D en G. te H  
Zaak : Geneeskundige zorg, MRI en preventief onderzoek, EU-EER  
Zaaknummer : 2008.01811  
Zittingsdatum : 25 februari 2009

## **BINDEND ADVIES**

Zaak: 2008.01811 Geneeskundige zorg, MRI en preventief onderzoek, EU-EER

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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv ; voorwaarden aanvullende verzekering 2008)

---

### 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzekerde, in deze vertegenwoordigd door E te F hierna te noemen verzoeker

tegen

- 1) C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar,
- 2) G te H hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 24 juni 2008 de kosten van de door verzekerde in Bottrop, Duitsland, ondergane MRI en check-up niet te vergoeden.

### 3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzekerde bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de Compleetpolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.
- 3.2. Verzekerde heeft naar aanleiding van buikklachten en ziekenhuisbezoek een check-up ondergaan. Onder andere is op 13 juni 2008 een MRI-scan gemaakt, gevolgd door een gastroscopie op 16 juni 2008. Hij heeft vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem ondergane behandeling ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 30 augustus 2008 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 (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzekerde 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 is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 17 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 november 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 november schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2009 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 2 december 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 december 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat nu er geen verwijzing heeft plaatsgevonden, niet kan worden vastgesteld of verzekerde redelijkerwijs was aangewezen op de MRI-scan en de check-up. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 14 januari 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Op 25 februari 2009 heeft een hoorzitting plaatsgevonden. Verzoekers vertegenwoordiger is daarbij niet verschenen.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde al een jaar last had van buikklachten. De huisarts ging uit van stress. Tijdens een spoedopname in november 2007 werd een darmonderzoek uitgevoerd. Hierbij werd niets gevonden. De eerste hulp van het ziekenhuis kon op 10 juni 2008 eveneens weinig bij verzekerde vinden. Er werd enige medicatie voorgeschreven en naar de huisarts verwezen voor verdere analyse. De arts-assistent van het ziekenhuis heeft nog wel contact gezocht met de huisarts en deze geadviseerd "*eventueel een gastroscopie aan te vragen*". De huisarts van verzekerde weigerde echter een verwijfsbrief voor nader onderzoek. Verzekerde heeft vervolgens op eigen initiatief contact opgenomen met de firma PreScan. Op 13 juni 2008 heeft hij in Bottrop, Duitsland, een MRI-scan en volledige check-up ondergaan. Ook werd een gastroscopie geadviseerd. Deze is uitgevoerd op 16 juni 2008 te Bottrop. Hieruit bleek een ontsteking van het maagslijmvlies en van de darm. Een opname in een ziekenhuis in Nederland volgde. De gastroscopie is wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed, de MRI-

scan en check-up niet. Verzoeker bestrijdt dat hier sprake is van preventieve zorg aangezien verzekerde reeds klachten had.

4.2. 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 basisverzekering geen vergoeding kent voor preventief onderzoek. Voorts is de MRI-scan uitgevoerd zonder dat hier een verwijzing aan ten grondslag lag. Ook heeft de MRI plaatsgevonden in een ziekenhuis in het buitenland waar de ziektekostenverzekeraar geen contract mee had. Daarnaast ontbrak toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Deze laatste is nodig nu het hier gaat om niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Als verzekerde contact had opgenomen met de ziektekostenverzekeraar had deze kunnen bemiddelen voor een snel consult bij een medisch specialist. Indien deze laatste het wenselijk had geacht, had de ziektekostenverzekeraar vervolgens ervoor kunnen zorgen dat verzekerde binnen enkele dagen, in een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde instelling, een MRI-scan had kunnen ondergaan.

5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat PreScan een niet door de Inspectie Volksgezondheid erkend diagnostisch centrum is.

5.3. De gastroscopie valt onder de extramurale zorg. Het toestemmingsvereiste gold hier niet en derhalve wordt de gastroscopie, na een initiële afwijzing, vergoed.

5.4. In het conflict met de zorgverlener met betrekking tot het niet doorverwijzen is de ziektekostenverzekeraar geen partij.

5.5. De ziektekostenverzekeraarverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzekerde de ondergane MRI-scan en check-up te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

7.2. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Artikel 7 lid 1 sub a algemene voorwaarden bepaalt:

*“Vergoeding van kosten van zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet, het Besluit zorgverzekering, de regeling zorgverzekering en de {ziekttekostenverzekeraar} reglementen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen”.*

De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 12 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering. Artikel 2 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg.

*“Omschrijving: medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*Zorgverlening: ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.*

*Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.*

*Machtiging: ja, vooraf bij (dag)opnames voor plastisch chirurgische behandelingen.*

*Verwijzing: huisarts, tandarts, verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.*

Artikel 12 van de ‘lijst van aanspraken’ bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg in het buitenland bestaat. Hier wordt voor zover van belang bepaald:

*“12 Buitenlanddekking*

*1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.*

*(...)*

*6 Bij het invoeren van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande toestemming van {ziekttekostenverzekeraar} nodig, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.  
(...)”*

- 7.3. De artikelen 2 en 12 van “lijst van aanspraken” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd 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 is, conform artikel 11 lid 3 Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 e.v. Bzv. In artikel 2.1 Bzv is opgenomen dat de verzekerde, onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en

met 2.15, slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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. Vaststaat dat een MRI-scan en check-up als preventieve vormen van zorg geen verzekerde prestaties zijn, en als zodanig niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Van een medische noodzaak tot behandeling die is opgekomen tijdens het verblijf in het buitenland is niet gebleken. Omdat, anders dan door verzoeker is gesteld, geen sprake was van spoedeisende dan wel van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, was voorts op grond van de verzekeringsvoorwaarden een verwijzing van huisarts of medisch specialist vereist. Deze ontbrak evenwel. Het laatste wordt niet anders bij een eventueel verwijtbare, nalatigheid van de betrokken arts, waarin deze commissie – geen klachtcommissie zijnde – nu eenmaal niet kan treden omdat zulks buiten haar bevoegdheid ligt.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 7.8. De aanspraak op spoedeisende hulp in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de Aanvullende Polisvoorwaarden. Hierin is, voor zover relevant, het volgende opgenomen:
- Artikel 13 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking):*  
*Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.*  
*(...)*  
*Bijzonderheden:*  
*(...)*  
*• {Ziektekostenverzekeraar} kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden. Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voordat de behandeling plaatsvindt. {Ziektekostenverzekeraar} zal alleen toestemming geven, als er sprake is van een uitzonderlijke situatie en behandeling in het buitenland naar het oordeel van {ziektekostenverzekeraar} medisch noodzakelijk is.*
- 7.9. Gezien het bepaalde in artikel 13 van de aanvullende verzekering dient sprake te zijn van hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. De commissie is, als gezegd, van oordeel dat in het geval van verzekerde geen sprake was van spoedeisendheid.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, ook voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2009

Voorzitter