

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, MRI van de arteria carotis
Zaaknummer : 2008.02280
Zittingsdatum : 25 maart 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.02280, geneeskundige zorg, MRI A. Carotis

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

(Voorwaarden zorgverzekering en aanvullende verzekering 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 augustus 2008 de door hem bij Prescan ondergane 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 Zorgverzekering (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 Classic polis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).
- 3.2. De radioloog in het St Antonius-Hospital in Gronau heeft in mei 2007 naar aanleiding van een preventieve totale bodyscan bij verzoeker vastgesteld dat een middelernstige vernauwing is te zien van het afvloeiingsgedeelte van de rechter inwendige halsslagader (arteria carotis interna), waarbij verzoeker is geadviseerd over een jaar een controle onderzoek te laten uitvoeren. Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar in juli 2008 aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een MRI van de arteria carotis ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 1 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 25 juni 2008 heeft het onderzoek, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 7 oktober 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar
- 3.6. Bij brief van 25 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.7. 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 waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 20 januari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en ziektekostenverzekeraar hebben op 5 maart respectievelijk 12 maart 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 27 januari 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 17 februari 2009 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de huisarts zonder redelijke indicatie zoals opgenomen in de CBO-concept-richtlijn "Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte", heeft verwezen naar een beeldvormend specialist.
- 3.11. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 maart 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 8 maart respectievelijk 12 maart 2009 op het CVZ-advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.
- 3.12. Bij brief van 13 maart 2009 heeft de commissie het CVZ afschriften van de reacties van partijen op zijn advies toegezonden met het verzoek mede te delen of deze reacties aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 maart 2009 de commissie medegedeeld dat de reacties van partijen geen aanleiding vormen 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 gevalideerde indicatie heeft voor een MRI van de arteria carotis. Hij heeft in 2007 een preventieve full bodyscan laten maken. Op grond daarvan is door de radioloog in het St. Antonius-Hospital In Gronau (Duitsland) vastgesteld dat zijn arteria carotis voor 50 percent dicht zat. Hem is toen geadviseerd dit jaarlijks te laten controleren. Zijn huisarts heeft ter ondersteuning daarvan een verwijzing voor de onderhavige MRI geschreven. Dat een huisarts geen MRI zou mogen aanvragen is, zeker in zijn situatie,

voor hem onbegrijpelijk. Niet is in te zien waarom eerst een uitgebreid neurologisch onderzoek nodig is.

- 4.2. Voorts is niet begrijpelijk waarom vorig jaar wel een colonoscopie bij Prescan is vergoed, maar de onderhavige MRI niet wordt vergoed.
- 4.3. In reactie op het advies van het CVZ stelt verzoeker dat de verwijzing van de huisarts voor een MRI niet alleen moet worden beoordeeld in het kader van de vernauwing van de arteria carotis van 50 percent, maar in het totale beeld van een hoge bloeddruk, gecombineerd met diabetes.
- 4.4. 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 verzoeker geen gevalideerde indicatie heeft voor een MRI van de kopvaten. Een dergelijke MRI is slechts geïndiceerd bij verdenking op symptomatische carotisstenose en uitsluitend op verwijzing door een neuroloog.
- 5.2. De coloscopie van vorig jaar is destijds vergoed omdat het medisch dossier aanleiding gaf de medische noodzakelijkheid daarvan aan te nemen.
- 5.3. 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 en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Aangezien in de aanvullende verzekering geen aanspraak op de onderhavige zorg is opgenomen, is uitsluitend in geschil of verzoeker de onderhavige MRI op grond van de zorgverzekering vergoed dient te krijgen.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 13 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

"Omschrijving:

1 vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering;

2 vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover [naam zorgverzekeraar] en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

*Door:
huisarts.”*

- 7.3. De regeling in artikel 13 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.12 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 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 in voorkomend geval, 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 naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is of een MRI op verzoek van de huisarts voor de controle van een middelernstige carotisvernauwing na een advies daartoe van een radioloog een jaar daarvoor, beschouwd kan worden als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. Bij de beantwoording van de primaire vraag sluit de commissie aan bij het rapport van het CVZ ‘Betekenis en beoordeling criterium ‘plegen te bieden’ (publicatienummer 268, 28 januari 2009), welk rapport nadere uitleg geeft over de betekenis van het criterium ‘plegen te bieden’ als bedoeld in de Zvw en daarmee in de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond hiervan dient te worden vastgesteld of deze vorm van zorg in de situatie van verzoeker kan worden gerekend tot het aanvaarde arsenaal van zorg, die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.
- 7.8. Voorts is voor deze beoordeling de Conceptrichtlijn “Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte” van het CBO relevant. Aan de hand van deze richtlijn, die de wetenschappelijke onderbouwing biedt van uitspraken en opvattingen van de betrokken beroepsgroepen, kan worden vastgesteld of sprake is van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een verwijzing van een huisarts naar een beeldvormend specialist om een specifieke afwijking aan te tonen of uit te sluiten kan volgens de richtlijn zijn aangewezen, indien daar goede medische redenen voor zijn.
- 7.9. Die goede medische reden dient te blijken uit de verwijzing zoals eerder door de commissie is vastgesteld (zie GcZ 19 september 2007, ano07.242). Van een deugdelijke verwijzing is sprake indien de verwijzing ten minste aan de volgende voorwaarden voldoet:
De verwijzing moet een specifieke vraagstelling met een medische onderbouwing inhouden aan een met name genoemde arts of ter beoordeling van een met name ge-

noemd specialisme c.q. afdeling van een instelling.

- 7.10. Het schrijven van de huisarts van 18 juni 2008 omvat de volgende vraag:

“Gaarne vergoeden van controle MRI i.v.m. occlusie van de a. carotis links voor ongeveer 50%.”

De brief van de huisarts van verzoeker van 18 juni 2008 kan niet worden beschouwd als een deugdelijke verwijzing ten behoeve van de onderhavige MRI-scan, zoals deze door verzoeker op 25 juni 2008 is ondergaan, nu deze niet ziet op een specifieke vraagstelling met een medische onderbouwing aan een met name genoemd arts of ter beoordeling van een met name genoemd specialisme c.q. afdeling van een instelling. Het lijkt hier eerder te gaan om een aan de zorgverzekeraar gericht en niet nader onderbouwd verzoek tot vergoeding van de MRI-scan over te gaan.

- 7.11. Overigens dient het met een MRI volgen van een bij toeval gevonden vernauwing van de arteria carotis zonder gevolgen voor de hersenfunctie te worden gekwalificeerd als een preventieve maatregel, zoals ook door verzoeker zelf is gesteld, waarvan de daaraan verbonden kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 7.12. Op grond van vorenstaande komt de commissie tot de conclusie dat de vraag van de huisarts om vergoeding van een MRI niet kan worden beschouwd als een deugdelijke verwijzing en voorts dat het verwijzen voor een MRI zonder redelijke indicatie maar naar aanleiding van een bij toeval gevonden asymptomatische carotisvernauwing niet kan worden beschouwd als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2009,

Voorzitter