



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar
N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, vergoeding kosten MRI-scan
Zaaknummer : 201502906
Zittingsdatum : 22 juni 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 500 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een MRI-scan, ondergaan in het MRI Centrum van de Stichting MRI Diagnostiek (hierna: de aanspraak). Aan de hand van het declaratieoverzicht op de website van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster vernomen dat de aanspraak door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 20 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 16 januari 2016 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 april 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 12 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 3 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016048670) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de aanwezige informatie niet is gebleken van een spoedindicatie voor het uitvoeren van aanvullend beeldvormend onderzoek. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar is na de hoorzitting in de gelegenheid gesteld na te gaan of eventueel een vergoeding kan worden verleend op basis van het verschil tussen de DBC mét en die zonder MRI-scan. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 juli 2016 medegedeeld niet over te gaan tot een aanvullende vergoeding. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Bij brief van 7 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 15 juli 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend neuroloog heeft verzoekster op 23 april 2015 verwezen naar de neurochirurg, en heeft hierover het volgende verklaard: *“Ik zag haar op 9 en 24 maart en sprak haar op 9 april 2015. Ik verwijs naar mijn brief van 1 april 2015. Patiënte heeft pijn in de heupen, in de billen en in de benen. Haar klachten zijn niet typisch voor een neurogene claudicatio, maar bevat er wel enige elementen van. Bij aanvullend onderzoek is er sprake van spondylodiscartrose, facetartrose en epidurale lipomatose met als gevolg spinaalkanaalstenose maximaal L4-L5 en een oude inzakkingsfractuur Th11 en L1. Patiënte is ook bekend met osteoporose. Mijns inziens kan er sprake zijn van een symptomatische kanaalstenose. Gezien uw expertise op dit gebied verwijs ik haar graag naar u. Er is reeds een afspraak gepland op 15 juni. (...)”*

- 4.2. Het MRI Centrum heeft op 14 september 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard:
*"Wij zagen uw patiënt op 10 september 2015 voor een radiologieonderzoek. (...) LWK** Sag. en tra. T2 en T1 TSE, sag. T2 TIRM, cor. T2 CISS. Inzakkingsfracturen Th11 en L1, zonder beenmergoedeem en zonder onderliggende verdachte afwijking. Chronische discopathie, spondylose op de laagthoracale en lumbale hoogtes. Lumbaal ook facetdegeneratie. De duraalzak wordt wat ingesnoerd op L2-L3 en L3-L4, ook door epidurale lipomatose. Er is een decompressie uitgevoerd op L4-L5. We zien hier noch elders geen opvallend conflict. (...)".*
- 4.3. Verzoekster is geopereerd in verband met een wervelkanaalstenose. Daarna verergerden de pijnklachten. De behandelend neurochirurg schreef een MRI-scan voor, maar in het ziekenhuis zou deze pas na vele weken kunnen worden uitgevoerd. De pijn was voor verzoekster ondraaglijk, en zij kon niets meer. Haar echtgenoot heeft daarom bij het ziekenhuis nagevraagd of de scan eerder kon plaatsvinden. Dit kon niet omdat de "scan-agenda" was volgeboekt. Mondeling werd hij gewezen op de spoed-mogelijkheden van het MRI Centrum. Na overleg met dit centrum kon verzoekster hier binnen enkele dagen terecht. De echtgenoot van verzoekster haalde de verwijzing van de neurochirurg bij het ziekenhuis op, zegde de afspraak voor de scan aldaar af, deelde mede dat de scan in het MRI Centrum zou plaatsvinden, en maakte alvast een nieuwe afspraak met de neurochirurg.
Direct na de scan moest verzoekster de rekening voldoen aan de balie van het MRI Centrum. Haar werd gezegd dat zij deze nota ter vergoeding kon indienen bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar wees vergoeding echter af, en deelde verzoekster mede dat zij de nota aan het MRI Centrum moest teruggeven, dat het MRI Centrum haar de reeds betaalde kosten zou terugbetalen, dat het MRI Centrum de nota vervolgens naar het ziekenhuis moest sturen, dat het ziekenhuis de nota aan het MRI Centrum moest vergoeden, dat het ziekenhuis de nota weer bij de ziektekostenverzekeraar kon declareren, en dat de ziektekostenverzekeraar de nota vervolgens aan het ziekenhuis zou betalen. Verzoekster verzocht de ziektekostenverzekeraar al deze stappen over te slaan en haar rechtstreeks te betalen. Hiertoe wilde de ziektekostenverzekeraar echter niet overgaan.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend neurochirurg medegedeeld geen aanleiding te zien de scan eerder te laten plaatsvinden. Op de verwijsbrief staat echter ingevuld dat het gaat om "routine". Direct nadat de neurochirurg had medegedeeld dat een MRI-scan noodzakelijk was, heeft verzoekster de administratie van het ziekenhuis gevraagd of de scan niet eerder kon plaatsvinden. Dit kon niet, omdat dit niet op het formulier stond en de arts hierover niet kon worden bevraagd. Letterlijk werd gezegd dat hij hiermee niet mocht worden "lastig gevallen". De ziektekostenverzekeraar heeft verder medegedeeld dat alleen de kosten van een DBC-zorgproduct kunnen worden vergoed, en derhalve niet de kosten van een "losse" MRI-scan. Wanneer en waar de kosten voor een onderdeel van de behandeling zijn gemaakt, maakt echter geen verschil voor de verleende zorg. Dat de ziektekostenverzekeraar gewend is hiervoor één rekening te ontvangen, doet aan het voorgaande niet toe of af.
- 4.5. Ter zitting is namens verzoekster toegelicht dat het draait om de medische noodzaak. Meer specifiek is het probleem kennelijk dat er geen gat zit van vier weken tussen de diagnostiek en de behandeling. De behandeling was al in 2014 gestart. Op 25 juni 2015 was er een voorgesprek met de arts. Verzoekster invalideerde daarna snel. Er is hierover tweemaal contact geweest met de patiëntenbegeleidster van het ziekenhuis. Op 31 augustus 2015 heeft de behandelend arts een verwijzing gegeven voor een extra scan. Het traject liep toen al veel langer. De ziektekostenverzekeraar had dit aan de hand van de ingediende nota's kunnen nagaan. De scan in het ziekenhuis kon pas op 22 september 2015 worden uitgevoerd. Het gesprek met de arts zou een week later zijn. De echtgenoot van verzoekster heeft hierover contact gehad met het ziekenhuis. Op de opdracht stond echter geen 'spoed'. Er was aldus sprake van een bureaucratisch slot. Dat het ging om "routine" is maar een interpretatie van de ziektekostenverzekeraar. De arts is een neurochirurg en geen administrateur. De arts zal er niet aan hebben gedacht het woord 'spoed' te vermelden. Dit is hem ook niet gevraagd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Medisch-specialistische zorg wordt in Nederland in rekening gebracht door middel van een DBC-zorgproduct, dat bestaat uit het geheel van prestaties van een zorginstelling en de medisch specialist, die voortvloeien uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert. Dit betekent dat de kosten voor de diagnose, de behandeling en de andere kosten die hierbij horen, worden samengebracht in één code. De ziektekostenverzekeraar betaalt niet apart voor de verschillende onderdelen van een behandeling, maar vergoedt één rekening voor het gehele traject.

Een MRI-scan is een diagnostisch onderzoek, dat in de situatie van verzoekster deel uitmaakt van een medisch-specialistische behandeling in het ziekenhuis. De MRI-scan is daarmee ook onderdeel van de declaratie, die later door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht. Soms komt het voor dat een diagnostisch onderzoek niet snel genoeg in het behandelend ziekenhuis kan plaatsvinden. In dat geval kan het ziekenhuis de patiënt voor het betreffende onderzoek doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. Laatstgenoemde dient de kosten dan in bij de behandelend zorgaanbieder, zodat deze de kosten in één code/rekening kan indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster was al onder behandeling bij een medisch specialist in het ziekenhuis. De MRI-scan zou daarom onderdeel moeten zijn van de betreffende behandeling, en komt niet apart voor vergoeding in aanmerking.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met het ziekenhuis. Daar deelde men mede dat verzoekster op 31 augustus 2015 door de behandelend arts is gezien en dat er voor 22 september 2015 een MRI-scan werd gepland, alsmede een belafsprak. Op 3 september 2015 zijn beide afspraken door verzoekster afgezegd. De wens van verzoekster om eerder in aanmerking te komen voor de MRI-scan, is niet bij de betreffende afdeling van het ziekenhuis bekend. De medewerker van het ziekenhuis deelde de ziektekostenverzekeraar mede dat verzoekster de MRI-scan op eigen initiatief heeft laten plaatsvinden in het MRI Centrum. Daarom is het ziekenhuis niet bereid de kosten van deze MRI-scan te dragen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft ook contact gezocht met het MRI Centrum. Aldaar deelde men mede dat in het dossier van verzoekster is opgenomen dat haar is verteld dat de kosten van de MRI-scan niet voor vergoeding in aanmerking komen en dat zij daarom deze kosten aan de balie heeft voldaan. Verzoekster is derhalve juist voorgelicht door het MRI Centrum.

5.4. De tijd, gelegen tussen het moment waarop de patiënt een afspraak maakt voor diagnostiek, waaronder een MRI-scan, en het moment dat hij of zij hiervoor terecht kan, mag volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maximaal vier weken bedragen. Voor verzoekster is op 31 augustus 2015 een afspraak gemaakt voor een MRI-scan, die zou plaatsvinden op 22 september 2015. Dit is binnen de gestelde termijn van vier weken. De behandelend arts zag geen medische reden de MRI-scan eerder te laten plaatsvinden.

5.5. De behandelend arts heeft de door hem verleende zorg bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd met het DBC-zorgproduct 131999237, met als omschrijving: "1 of 2 polikliniekbezoeken bij een ziekte van botspierstelsel van de wervelkolom". Dit betreft een code waarin de kosten van een MRI-scan niet zijn opgenomen. Het ziekenhuis heeft derhalve geen kosten gedeclareerd die niet zijn gemaakt.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de scan op eigen initiatief heeft plaatsgevonden. Volgens de behandelend arts was er geen spoed. De ziektekostenverzekeraar heeft nog navraag gedaan. Er was geen medische noodzaak de afspraak te vervroegen. Dit wordt door het Zorginstituut bevestigd.

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 A.17 van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist (...).”

8.4. De zorgverzekering is volgens het bepaalde op bladzijden 6 en 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

8.6. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Vast staat dat verzoekster op 31 augustus 2015 de behandelend neurochirurg in het ziekenhuis heeft bezocht, en dat deze arts de administratie heeft verzocht een MRI-scan te laten plaatsvinden in het betreffende ziekenhuis. De afspraak is vervolgens gepland voor 22 september 2015. Dit is onder de gegeven omstandigheden binnen de hiervoor geldende termijn. Vervolgens heeft verzoekster het ziekenhuis naar haar zeggen gevraagd de MRI-scan eerder uit te voeren. Volgens verzoekster is haar toen geantwoord dat er geen "spoed" op het aanvraagformulier was ingevuld door de arts, en dat men de arts hiernaar niet wilde vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover contact gehad met het ziekenhuis, en het ziekenhuis heeft verklaard dat de arts geen reden zag voor spoed. Verzoekster heeft dit betwist, doch geconstateerd moet worden dat op het aanvraagformulier geen "spoed" was ingevuld, zodat voldoende aannemelijk is dat de behandelend arts inderdaad geen aanleiding zag het diagnostische onderzoek te vervroegen.

9.2. Verzoekster is hierop naar het MRI Centrum gegaan, alwaar op 10 september 2015 een MRI-scan is uitgevoerd. Zij heeft de kosten van de MRI-scan rechtstreeks aan de balie voldaan, en heeft deze gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Door het MRI Centrum is verklaard dat verzoekster is verteld dat de kosten van de MRI-scan voor haar rekening bleven. In Nederland worden consulten, diagnostiek en behandelingen in verband met één indicatie in rekening gebracht met een DBC-zorgproduct. De kosten van de MRI-scan vallen daarmee onder het door het ziekenhuis in rekening te brengen DBC-zorgproduct. Indien een bepaald onderdeel van de diagnostiek of behandeling spoedig dient plaats te vinden, en dit niet mogelijk is in het ziekenhuis waar de patiënt wordt behandeld, kan de behandelend arts ervoor kiezen deze zorg uit te besteden. De zorgaanbieder die de zorg aan de patiënt verleent, declareert de kosten hiervan dan bij het ziekenhuis dat de patiënt heeft doorverwezen, zodat deze onder het geopende DBC-zorgproduct kunnen worden gebracht. In de situatie van verzoekster is dit niet gebeurd, en zijn de kosten van de MRI-scan "los" in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar kan niet worden gehouden deze "losse" kosten te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, nu deze behoren bij de zorgvraag waarvoor verzoekster al in behandeling was bij het ziekenhuis, en van doorverwijzing niet is gebleken. Indien verzoekster van mening is dat het ziekenhuis haar wél actief heeft doorverwezen naar het MRI Centrum - hetgeen nadrukkelijk niet blijkt uit de stukken - kan zij hierover een klacht indienen bij het betreffende ziekenhuis.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een MRI-scan, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 augustus 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

