

Onderwerp:	Vergoeding van zorg en diagnostiek in vervolg op een screeningsonderzoek onder voorwaarden
Samenvatting:	Als een verzekerde een vorm van screening ondergaat (op eigen initiatief of bijv. in het kader van een (pilot) bevolkingsonderzoek) en zich met de uitslag van het screeningsonderzoek (dat bijv. inhoudt dat aanvullende diagnostiek nodig is) meldt bij zijn huisarts, valt dit consult onder de dekking van zijn zorgverzekering. Echter, de verzekerde heeft niet per definitie recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg die volgens de uitslag van het screeningsonderzoek nodig zou zijn. Dat is alleen het geval als de betreffende zorg/de aanvullende diagnostiek tot de verzekerde prestaties behoort en de verzekerde in redelijkheid op die zorg is aangewezen. Twee voorwaarden zijn van belang: <ul style="list-style-type: none"> • Het gebruikte screeningsinstrument moet een betrouwbaar instrument zijn om (een hoog risico op) afwijkingen vast te stellen en dus voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. • De op basis van de screeningsuitslag voorgestelde zorg moet zorg zijn die 'pleegt te worden geboden' en moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	5 november 2009
Uitgebracht aan:	zorgverzekeraar

Onderstaand de volledige uitspraak.

Geachte heer (...),

U legt namens zorgverzekeraar (...) de vraag voor of zorg (behandeling of aanvullend onderzoek) in vervolg op een screeningsonderzoek behoort tot het verzekerde pakket. Het gaat u om de situatie waarin een verzekerde een vorm van screening ondergaat (op eigen initiatief of in het kader van een bevolkingsonderzoek) en op grond van de screeningsuitkomst het advies krijgt zich te laten behandelen respectievelijk nader onderzoek te laten plaatsvinden, bijvoorbeeld een bloedonderzoek of een radiologisch onderzoek. U beschrijft enkele voorbeelden uit de praktijk.

Hierna geven we eerst in algemene termen weer waarvoor een zorgverzekering in beginsel dekking biedt. Daarna gaan we in op de door u gestelde vraag.

Verzekeringsdekking

Een zorgverzekering is volgens artikel 1, aanhef en onder d, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een schadeverzekering. Volgens artikel 7:944 Burgerlijk Wetboek is een schadeverzekering een "verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden". Het gaat om de vermogensschade (de financiële schade) die een verzekerde zou kunnen lijden als gevolg van een behoefte aan geneeskundige zorg, mondzorg etc. Dit volgt uit artikel 10 van de Zvw.

Een verzekerde kan aan zijn zorgverzekering alleen rechten ontlenen als het verzekerde risico is ingetreden.¹ Dat is het geval zodra de verzekerde behoefte heeft aan zorg² én zich

¹ Het verzekerde risico is een verzekeringstechnisch begrip. Het is het risico waarvoor de verzekering dekking biedt. Treedt het risico in (doet de onzekere gebeurtenis zich voor; het huis brandt bijvoorbeeld af), dan kan aanspraak

vanuit die behoefte meldt bij een zorgverlener.³ De behoefte heeft tot een individuele zorgvraag bij de verzekerde geleid. Het voorleggen van die vraag aan een zorgverlener en de diagnostiek/zorg die de zorgverlener eventueel op basis van de zorgvraag aanbiedt, vallen onder de dekking van een zorgverzekering, uiteraard voor zover het zorg betreft die daadwerkelijk als verzekerde prestatie is omschreven in de verzekeringsovereenkomst. De wijze waarop de zorgvraag (de behoefte aan zorg) bij de verzekerde tot stand is gekomen, bijvoorbeeld als gevolg van zelfdiagnostiek, screening door een commerciële aanbieder, een (pilot) bevolkingsonderzoek of een artikel in een tijdschrift) doet niet ter zake.

De in vervolg op een zorgvraag geboden zorg die door een zorgverzekering is gedekt, kan bestaan uit:

- zorg die gericht is op behandeling van een opgetreden ziekte of het opheffen van opgetreden lichamelijke beperkingen;
- zorg die gericht is op het voorkomen van complicaties en verergering van de opgetreden ziekte/lichamelijke beperking⁴;
- zorg die gericht is op het voorkomen van een ziekte of een lichamelijke beperking, indien er sprake is van een hoog risico op de ziekte of de lichamelijke beperking⁵.

Voor de goede orde merken we nog op dat (screenings)activiteiten die voorafgaan aan het ontstaan van de zorgvraag én het daarmee samenhangende consult, buiten de dekking van een zorgverzekering vallen. Zie in dit verband het bijgevoegde standpunt van het CVZ inzake Opsporing mensen met familiale hypercholesterolemie (FH) en het standpunt van het CVZ inzake preconceptiezorg (bijlagen 1 en 2).

Zorg in vervolg op een screeningsonderzoek

Er zijn twee stappen te onderscheiden:

- a. het uiten van de (door het screeningsonderzoek ontstane) zorgvraag in een consult bij de huisarts;
- b. het aanbieden van zorg door de huisarts in reactie op de tijdens het consult geuite zorgvraag.

Ad a:

Als een screeningsonderzoek (in welke vorm dan ook) als uitkomst heeft dat zorg (behandeling of aanvullend onderzoek) nodig is, is bij de verzekerde die deze uitslag niet wil negeren, een individuele zorgvraag (behoefte aan zorg) ontstaan. Dit betekent dat als een verzekerde zich met de uitslag van het screeningsonderzoek meldt bij zijn huisarts, dit consult onder de dekking van zijn zorgverzekering valt.⁶

Ad b:

Nadat de verzekerde zijn zorgvraag heeft geuit, komt de vraag aan de orde of de verzekerde verdere zorg nodig heeft en welke zorg dat dan zou moeten zijn. Van belang hierbij is dat het niet zo is dat een verzekerde per definitie recht heeft op (vergoeding van de kosten van) de zorg (behandeling of aanvullend onderzoek) die volgens de uitslag van het screeningsonderzoek nodig zou zijn. Dat is alleen het geval als de betreffende zorg/de aanvullende diagnostiek tot de verzekerde prestaties behoort en de verzekerde in

gemaakt worden op vergoeding van de daaruit voortvloeiende schade/kosten. Bij de Zvw kan gedacht worden aan schade die een verzekerde lijdt vanwege het feit dat hij een operatie moet ondergaan of zijn huisarts moet consulteren.

² De verzekerde voelt zich bijvoorbeeld ziek of vraagt zich af of hij misschien een bepaalde ziekte heeft.

³ Omdat de verzekerde vanwege zijn behoefte aan zorg een zorgverlener moet raadplegen en dus kosten moet maken, lijdt hij vermogensschade.

⁴ Dit wordt ook wel aangeduid met de term 'zorggerelateerde preventie'.

⁵ Dit wordt aangeduid met de term 'geïndiceerde preventie'.

⁶ Of dit ook het geval is als een verzekerde zich naar aanleiding van een screeningsonderzoek rechtstreeks bij een medisch-specialist vervoegt, hangt af van de omstandigheden van het geval. Het kan zijn dat de verzekerde al onder behandeling is van een medisch-specialist en dat de uitslag van de screening een duidelijke relatie heeft met de medisch-specialistische zorg die hij reeds ondergaat. Het is in dat geval te billijken dat de verzekerde zich – zonder verwijzing van zijn huisarts – rechtstreeks tot zijn medisch-specialist wendt. Is er geen relatie met een medisch-specialistische behandeling of is de verzekerde überhaupt niet onder behandeling bij een medisch-specialist, dan heeft de verzekerde in beginsel geen rechtstreekse toegang tot een medisch-specialist ten laste van zijn zorgverzekering.

redelijkheid op die zorg is aangewezen. Om hierop een antwoord te krijgen, zijn twee aspecten van belang:

- het gebruikte screeningsinstrument: is dit een betrouwbaar instrument om afwijkingen of een hoog risico op afwijkingen vast te stellen? Met andere woorden: voldoet dit instrument aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'? Is dit het geval dan kan de geconsulteerde arts in principe afgaan op de uitslag die het screeningsinstrument geeft en aannemen dat er sprake is van de afwijking resp. een hoog risico op de afwijking die uit het screeningsonderzoek is gebleken.

Voor de goede orde voegen wij hier nog het volgende aan toe. Het kan zich dus voordoen dat een arts niet kan afgaan op de uitslag van het screeningsonderzoek. Dit laat onverlet dat de geconsulteerde arts toch zou kunnen concluderen dat er (mogelijk) sprake is van bijvoorbeeld een hoog risico op een bepaalde ziekte en dat in verband daarmee aanvullend onderzoek nodig is. De juiste zorg raag in combinatie met de informatie die de arts tijdens het consult verder nog verkrijgt (bijv. op basis van een uitgevoerd lichamenlijk onderzoek) kan daartoe aanleiding geven.

- de op basis van de screeningsuitslag voorgestelde zorg (behandeling of aanvullend onderzoek): is dit zorg die 'pleegt te worden geboden' en voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'? Met andere woorden: de zorg die wordt voorgesteld moet zorg zijn die tot het door de betreffende beroepsgroep gerekend wordt tot het aanvaarde zorgarsenaal en die als effectief kan worden beschouwd.

Bij deze twee aspecten merken wij nog op dat het voorstelbaar is dat als een screeningsonderzoek in pilotverband wordt aangeboden en het gebruikte screeningsinstrument nog voorwerp is van onderzoek (bijvoorbeeld: is de gebruikte test wel sensitief en specifiek genoeg?), geconcludeerd zou kunnen worden dat het instrument en ook het op basis daarvan voorgestelde vervolgonderzoek (nog) niet voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' en dus buiten de verzekeringsdekking vallen.

Aan de hand van het vorenstaande kan worden nagegaan in hoeverre zorg in vervolg op een screeningsonderzoek tot de verzekerde prestaties behoort.

Tot slot attenderen we erop dat het zogenoemde preventieconsult, dat onder meer op initiatief van de NHG wordt ontwikkeld, punt van aandacht is bij het CVZ en dat wordt nagegaan in hoeverre de met dit consult samenhangende activiteiten/zorg tot de te verzekeren prestaties behoren. Binnenkort hopen we daarover duidelijkheid te geven.