



## **Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering**

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 3 december 2020 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van een flebectomie beiderzijds.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ook een kopie van het dossier gestuurd. Op 15 december 2020 heeft het Zorginstituut het voorlopig advies aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie op 4 maart 2021 het hoorzittingsverslag d.d. 3 maart 2021 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek om een definitief advies.

In artikel 16 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zvw is bepaald.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Het voorlopig advies d.d. 15 december 2020 wordt hieronder voor de volledigheid herhaald.

### **Voorlopig advies**

#### **Situatie van verzoeker**

Verzoeker geeft in zijn brief van 13 oktober 2020 aan dat hij sinds zijn jeugd last heeft van spataderen in beide benen. Later kreeg verzoeker klachten en hij heeft drie jaar geleden een huisarts bezocht om te overleggen. De huisarts heeft verzoeker doorgestuurd naar het MST in Enschede. Daar is besloten om in beide benen een diep liggende ader dicht te branden om te zorgen voor een betere bloeddorstrooming. Daarnaast is besloten de omliggende aderen te behandelen.

Twee jaar na de ingreep werden de aderen volgens verzoeker dikker, waardoor meer klachten ontstonden. Hij heeft daarom een intake laten uitvoeren bij het MST. De chirurg gaf aan dat er in beide liezen een aftakking zit en dat door het dichtbranden van de diepliggende ader in beide benen het bloed zich een andere weg gezocht heeft en o.a. in de omliggende aderen stroomt. Hij adviseerde om in beide liezen de aftakking te laten dichtbranden en daarnaast de omliggende aderen te laten verwijderen, omdat hij bang was voor complicaties (zoals aderontsteking) in de toekomst. Daarbij heeft de chirurg direct aangegeven dat het dichtbranden wel onder de dekking van de zorgverzekering valt, maar dat het verwijderen van de omliggende aderen niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.



In de brief van de tweede behandelend vaatchirurg staat dat op de poli met verzoeker is besproken dat een flebectomie (oppervlakkig weg halen van de spataders) geen verzekerde zorg is in Nederland.

Verweerder heeft de aanvraag tot vergoeding van de flebectomie beiderzijds afgewezen. Verweerder voert hierbij aan dat een flebectomie bij de indicatie van verzoeker geen verzekerde zorg is. De behandeling voldoet volgens verweerder niet aan de afspraken die gemaakt zijn tussen Zorginstituut Nederland, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en Zorgverzekeraars Nederland.

### **Juridisch kader**

Het Zorginstituut heeft op 31 juli 2014 een standpunt ingenomen over invasieve behandeling van spataderen.<sup>1</sup> Op 20 februari 2017 zijn er aanvullende afspraken gemaakt door zorgverzekeraars, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties.<sup>2</sup> Deze afspraken zijn gemaakt met het doel de uitvoering van het varices standpunt van het Zorginstituut uit 2014 en de nieuwe DOT structuur, welke per 1 januari 2016 effectief is, te verhelderen en te uniformeren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit document is nog steeds geldend.

### **Beoordeling**

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Bij verzoeker is sprake van insufficiënte venae perforantes. Vaak is het niet nodig om dit gelijktijdig of vlak na uitschakeling van insufficiënte stamvenen te behandelen in een aanvullende behandeling. Bij verzoeker zijn echter de insufficiënte stamvenen al jaren daarvoor behandeld en zijn er zogenaamde neo-varices ontstaan. In het document 'Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen)' is hierover in de laatste alinea volgende opgenomen:

*"Opnieuw optredende klachten ten gevolge van insufficiënte venae perforantes, een diameter > 3 mm en een refluxduur > 500 ms zijn ook verzekerde zorg. De behandeling van een dergelijke insufficiënte vena perforans op een andere locatie is bij voorkeur ook middels een percutane thermische ablatie, maar kan afhankelijk van de anatomie ook behandeld worden middels een open flebectomie of foamsclerotherapie."*

Verzoeker voldoet niet aan deze voorwaarde. De neovarices (de nieuw ontstane spatader) van verzoeker is behandeld met een thermische ablatie. Hierdoor is de verbinding naar het oppervlakkige veneuze systeem verbroken en is het niet meer medisch noodzakelijk om de oppervlakkige aderen verder te behandelen. De flebectomie is in dat geval een aanvullende behandeling die niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

### **Conclusie**

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van een flebectomie beiderzijds ten laste van de basisverzekering. Verzoeker voldoet niet aan de indicatievoorwaarden.

<sup>1</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/invasieve-behandeling-van-varices--wanneer-te-verzekeren-basiszorg>

<sup>2</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/convenant/2017/02/20/afsprak-en-over-aanspraken-en-declaraties-chronische-oppervlakkige-veneuze-pathologie-spataderen>



### **Het voorlopig advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor een flebectomie beiderzijds en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

### **Definitief advies**

#### **Aanvullende informatie**

De SKGZ heeft aangegeven dat de tekst onder het kopje 'Beoordeling' in het voorlopig advies een sterk medisch-technisch karakter heeft. Dit essentiële onderdeel van het advies is daardoor voor de commissie onnavolgbaar. De SKGZ heeft gevraagd deze tekst te verduidelijken.

Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker opgemerkt dat zijn situatie in het voorlopig advies niet geheel correct is weergegeven. In 2017 zijn de opliggende aderen niet behandeld, omdat hij hiervan destijds geen klachten ondervond. Daarnaast heeft verzoeker aangegeven dat hij in 2019 ook klachten ervaarde als gevolg van de opliggende aderen. Dit wordt ook benoemd door de vaatchirurg in zijn brief van 12 februari 2019 die is gericht aan zijn huisarts van betrokkene.

#### **Beoordeling**

De aanvullende informatie is medisch en juridisch beoordeeld.

#### Criteria voor vergoeding

Tijdens de hoorzitting vraagt een commissielid aan verweerder of de reden voor afwijzing nu gezocht moet worden in de argumentatie die het Zorginstituut aandraagt. Dit wordt door verweerder bevestigd. Hierop merkt het commissielid op dat het Zorginstituut allerlei criteria benoemt om aanspraak te kunnen maken op de onderhavige behandeling, maar niet precies duidelijk is waar deze criteria nu vandaan komen, op gebaseerd zijn en of het in het specifieke geval van verzoeker redelijk is dat hieraan wordt getoetst.

#### *Standpunt en afspraken*

Getoetst wordt aan de criteria die zijn opgenomen het standpunt van ZIN uit 2014 over invasieve behandeling van spataderen,<sup>3</sup> en het aansluitend hierop gepubliceerde document uit 2017 met afspraken tussen beroepsgroepen, zorgverzekeraars en patiëntenvereniging ('afsprakendocument').<sup>4</sup> Deze documenten zijn ook genoemd in het voorlopig advies. Het afsprakendocument is opgesteld met als doel het standpunt uit 2014 en de per 2016 geldende DOT structuur aan te vullen en te verhelderen en ervoor te zorgen dat alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars dit op eenzelfde manier toepassen/uitvoeren. Deze criteria gelden dan ook voor iedere verzekerde, voor zover het vergoeding ten laste van de basisverzekering betreft.

<sup>3</sup> [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/invasieve-behandeling-van-varices---wanneer-te-verzekeren-basiszorg](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/invasieve-behandeling-van-varices---wanneer-te-verzekeren-basiszorg).

<sup>4</sup> [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/convenant/2017/02/20/afspraken-over-aanspraken-en-declaraties-chronische-oppervlakkige-veneuze-pathologie-spataderen](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/convenant/2017/02/20/afspraken-over-aanspraken-en-declaraties-chronische-oppervlakkige-veneuze-pathologie-spataderen) NB: verweerder geeft in de brief van 24-8-2020 aan dat het Zorginstituut (mede) deze afspraken heeft gemaakt; het betreft echter niet een document van het Zorginstituut, maar afspraken tussen de wetenschappelijke verenigingen van de vaatchirurgen/chirurgen en dermatologen, Zorgverzekeraars Nederland en patiëntenvereniging De Hart&Vaatgroep. Het Zorginstituut kan zich vinden in de gemaakte afspraken en heeft het betreffende document dan ook op de website gepubliceerd.



#### *Voorwaarden voor vergoeding in het standpunt*

In het standpunt is aangegeven dat voor vergoeding ten laste van de basisverzekering sprake moet zijn van symptomatische insufficiëntie van stamvenen (VSM en/of VSP, en/of ook o.a. VSMaa<sup>5</sup>) ter plaatse van de crosse (overgang oppervlakkiger naar diepe ader) waarbij er reflux (terugvloed in de stamvene) is over een aaneengesloten lang traject, met een refluxduur van ten minste 0,5 seconde (500 ms) en waarbij de vene (ader) een diameter van ten minste 3 mm heeft.

#### *Voorwaarden voor vergoeding in het afsprakendocument*

In het afsprakendocument is deze aanspraak enigszins verruimd. Volgens het standpunt is alleen behandeling van genoemde stamvenen mogelijk ten laste van de basisverzekering (mits voldaan wordt aan bovengenoemde criteria). In het afspraken document zijn naast stamvenen ook neo-varices (nieuwe varices/spataderen na eerdere behandeling) en venae perforantes opgenomen. Behandeling hiervan kan onder de basisverzekering vallen mits deze bijpassende klachten en symptomen veroorzaken, er sprake is van axiale reflux over een aaneengesloten lang traject, en deze verbonden zijn met het diepe systeem, waarbij de verbindingen met het diepe veneuze systeem minimaal 3 mm in doorsnede zijn en de refluxduur minstens 500 ms bedraagt.

Doorgaans is endoveneuze thermische ablatie, waar inwendige laserbehandeling toe behoort, de aangewezen behandeling. In het afsprakendocument is echter ook opgenomen dat flebectomie in uitzonderingsgevallen tot de verzekerde zorg kan behoren. Namelijk indien de varix (spatader) voldoet aan bovengenoemde criteria, en endoveneuze ablatie onmogelijk is, bijvoorbeeld doordat deze ader zeer tortueus (kronkelig) en/of te oppervlakkig is.

Hierbij geldt verder (zie punt 5 in genoemd afsprakendocument) dat zorgaanbieders hun bevindingen van het duplexonderzoek voldoende documenteren.

#### Vragen SKGZ

Verzoeker geeft aan dat de situatie in het voorlopig advies van het Zorginstituut niet geheel correct is weergegeven. In het verleden (de SKGZ noemt 2017, volgens de brief van de eerste vaatchirurg was dit in 2015) zijn de opliggende aderen niet behandeld maar alleen de diepliggende aderen. De SKGZ vraagt of dit van invloed is op de beoordeling. Daarnaast vraagt de SKGZ, naar aanleiding van de klachten die verzoeker in 2019 ervaarde als gevolg van de opliggende aderen, wat ook door de vaatchirurg (brief 12-2-2019) benoemd is, of dit nog invloed heeft op de beoordeling door het Zorginstituut van deze kwestie.

#### Beoordeling situatie van verzoeker

Naar aanleiding van het hoorzittingsverslag en de vragen van de SKGZ is het dossier nogmaals bestudeerd.

Hetgeen verzoeker en de SKGZ hebben aangegeven heeft geen invloed op de beoordeling. Behandeling van spataderen door middel van endoveneuze ablatie (zoals inwendige laser, ook 'dichtbranden' en 'thermische ablatie' genoemd), wat de vaatchirurg aangaf te zullen doen, is er namelijk op gericht om de verbinding tussen het diepe en het oppervlakkige systeem te sluiten. Spataderen/opliggende

<sup>5</sup> VSM = vena saphena magna, een stamvene (zie ook standpunt uit 2014); VSMaa is een zijtak van de VSM; aa = 'accessoria anterior', ook wel 'accessoria lateralis' of 'anterolaterale tak' van de VSM genoemd.



aderen worden immers veroorzaakt en onderhouden doordat een deel van het bloed vanuit het diepe systeem terugvloeit ('reflux') naar de oppervlakkiger aderen (terwijl dit bloed eigenlijk via de dieper gelegen aderen richting het hart hoort te gaan). Door de verbinding tussen diepe en oppervlakkig aders te sluiten, kan deze reflux hier niet meer plaatsvinden. Behandeling van opvallende aders is daardoor niet medisch noodzakelijk. Hoewel een operatieverslag bij de voorliggende stukken ontbreekt, is uit de voorliggende informatie op te maken dat deze verbinding bij verzoeker kennelijk door endoveneuze ablatie gesloten is.

#### *Flebectomie*

Zoals in het afspraken document is aangegeven, zijn er uitzonderingsgevallen waarbij flebectomie wel tot de verzekerde zorg kan behoren. De vraag die beantwoord moet worden is, of dit bij verzoeker ook het geval is geweest. Omdat uit de voorliggende gegevens is op te maken dat het eerste gedeelte van de insufficiënte venen inclusief de crosse met endoveneuze laser is behandeld, en omdat beide vaatchirurgen aangeven dat de flebectomie niet tot de verzekerde zorg behoorde (waardoor er kennelijk vanuit gegaan kan worden dat de verbinding tussen het diepe en oppervlakkige systeem afdoende gesloten was) is de conclusie dat de flebectomie niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

#### **Conclusie**

Het voorlopig advies wijzigt niet. Verzoeker voldoet niet aan de indicatievoorwaarde en kan geen aanspraak maken op vergoeding van een flebectomie beiderzijds ten laste van de basisverzekering.

#### **Het definitief advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor een flebectomie beiderzijds en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.



## **Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering**

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 3 december 2020 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van een flebectomie beiderzijds.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In artikel 16 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

### **Situatie van verzoeker**

Verzoeker geeft in zijn brief van 13 oktober 2020 aan dat hij sinds zijn jeugd last heeft van spataderen in beide benen. Later kreeg verzoeker klachten en hij heeft drie jaar geleden een huisarts bezocht om te overleggen. De huisarts heeft verzoeker doorgestuurd naar het MST in Enschede. Daar is besloten om in beide benen een diep liggende ader dicht te branden om te zorgen voor een betere bloeddoorstroming. Daarnaast is besloten de omliggende aderen te behandelen.

Twee jaar na de ingreep werden de aderen volgens verzoeker dikker, waardoor meer klachten ontstonden. Hij heeft daarom een intake laten uitvoeren bij het MST. De chirurg gaf aan dat er in beide liezen een aftakking zit en dat door het dichtbranden van de diepliggende ader in beide benen het bloed zich een andere weg gezocht heeft en o.a. in de omliggende aderen stroomt. Hij adviseerde om in beide liezen de aftakking te laten dichtbranden en daarnaast de omliggende aderen te laten verwijderen, omdat hij bang was voor complicaties (zoals aderonsteking) in de toekomst. Daarbij heeft de chirurg direct aangegeven dat het dichtbranden wel onder de dekking van de zorgverzekering valt, maar dat het verwijderen van de omliggende aderen niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

In de brief van de tweede behandelend vaatchirurg staat dat op de poli met verzoeker is besproken dat een flebectomie (oppervlakkig weg halen van de spataders) geen verzekerde zorg is in Nederland.



Verweerder heeft de aanvraag tot vergoeding van de flebectomie beiderzijds afgewezen. Verweerder voert hierbij aan dat een flebectomie bij de indicatie van verzoeker geen verzekerde zorg is. De behandeling voldoet volgens verweerder niet aan de afspraken die gemaakt zijn tussen Zorginstituut Nederland, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en Zorgverzekeraars Nederland.

### **Juridisch kader**

Het Zorginstituut heeft op 31 juli 2014 een standpunt ingenomen over invasieve behandeling van spataderen.<sup>1</sup> Op 20 februari 2017 zijn er aanvullende afspraken gemaakt door zorgverzekeraars, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties.<sup>2</sup> Deze afspraken zijn gemaakt met het doel de uitvoering van het varices standpunt van het Zorginstituut uit 2014 en de nieuwe DOT structuur, welke per 1 januari 2016 effectief is, te verhelderen en te uniformeren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit document is nog steeds geldend.

### **Beoordeling**

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Bij verzoeker is sprake van insufficiënte venae perforantes. Vaak is het niet nodig om dit gelijktijdig of vlak na uitschakeling van insufficiënte stamvenen te behandelen in een aanvullende behandeling. Bij verzoeker zijn echter de insufficiënte stamvenen al jaren daarvoor behandeld en zijn er zogenaamde neo-varices ontstaan. In het document 'Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen)' is hierover in de laatste alinea volgende opgenomen:

*"Opnieuw optredende klachten ten gevolge van insufficiënte venae perforantes, een diameter > 3 mm en een refluxduur > 500 ms zijn ook verzekerde zorg. De behandeling van een dergelijke insufficiënte vena perforans op een andere locatie is bij voorkeur ook middels een percutane thermische ablatie, maar kan afhankelijk van de anatomie ook behandeld worden middels een open flebectomie of foamsclerotherapie."*

Verzoeker voldoet niet aan deze voorwaarde. De neovarices (de nieuw ontstane spatader) van verzoeker is behandeld met een thermische ablatie. Hierdoor is de verbinding naar het oppervlakkige veneuze systeem verbroken en is het niet meer medisch noodzakelijk om de oppervlakkige aderen verder te behandelen. De flebectomie is in dat geval een aanvullende behandeling die niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

### **Conclusie**

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van een flebectomie beiderzijds ten laste van de basisverzekering. Verzoeker voldoet niet aan de indicatievoorwaarden.

<sup>1</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/invasieve-behandeling-van-varices--wanneer-te-verzekeren-basiszorg>

<sup>2</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/convenant/2017/02/20/afsprak-en-over-aanspraken-en-declaraties-chronische-oppervlakkige-veneuze-pathologie-spataderen>



**Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor een flebectomie beiderzijds en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.