

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, rugoperatie, arthrodese met Posterior Lumbal Interbody Fusion (PLIF)
Zaaknummer : 2011.00202
Zittingsdatum : 6 juli 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C, en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een arthrodesse op twee niveaus met Posterior Lumbal Interbody Fusion (PLIF) uit te voeren in Deurne, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 24 januari 2011 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 april 2011 per fax medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 april 2011 per fax medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 12 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011041652) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de beroepsgroep zich voor operatieve opties zoals een spondylodese (een PLIF is een variant van een spondylodese) terughoudend opstelt. Internationale richtlijnen bevelen aan eerst optimaal conservatief (multidisciplinair) te behandelen voordat wordt overgegaan tot een spondylodese. Uit het dossier is af te leiden dat verzoeker geen behandelingen in de vorm van multidisciplinaire revalidatie heeft gehad. De conservatieve opties zijn dus niet uitgeput. Verzoeker is niet daarom geïndiceerd voor de gevraagde ingreep.
- 3.8. Een afschrift van het CVZ-advies is op 10 mei 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.
- 3.9. Verzoeker heeft op 6 juni 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 14 juni 2011 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld binnen zeven dagen hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2011 hierop gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 23 juni 2011 aan verzoeker gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft in zijn brief van 8 september 2009 verklaard dat verzoeker bekend is met “een zeer complex laag lumbale wervelkolom probleem” waarvoor alle conservatieve middelen werden geprobeerd. Deze middelen hebben onvoldoende resultaat gehad. Verzoeker “behoudt een lumbo-ischialgiforme pijn dewelke voortspuit uit een neuroforaminele vernauwing op basis van een discopathie”. Daarom is een arthrodesse op twee niveaus met PLIF-procedure aangewezen.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij geen baat heeft gehad bij conservatieve middelen, zoals fysiotherapie, medicatie, pijnbestrijding en infiltraties. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de gevraagde ingreep af, omdat geen sprake zou zijn van een indicatie voor deze ingreep. De door verzoeker ingeschakelde medisch adviseur is echter van mening dat er geen alternatieve behandeling is ter bestrijding van de pijn van verzoeker. Het hebben van langdurige klachten van de lage rug, die vooral veroorzaakt worden door een verzwakte tussenwervelschijf en slijtage, is een goede indicatie voor een operatie. De ziektekostenverzekeraar gaat in zijn brieven onvoldoende in op de argumenten van voornoemde medisch adviseur. Verzoeker tekent nog aan dat hij de kosten van de onderhavige ingreep niet zelf kan dragen.

- 4.3. In de brief van 13 augustus 2010 aan de huisarts schrijft de orthopedisch chirurg van de Sint Maartenskliniek dat verzoeker is besproken in de spine unit. Hierbij is geconcludeerd dat in de Sint Maartenskliniek geen operatiemogelijkheden zijn voor verzoeker. Dit op basis van zijn multilevel discopathie en langdurig klachtenpatroon. Verzoeker is doorverwezen naar het Real Health programma. Verzoeker is op 31 januari 2011 begonnen met dit programma.
- 4.4. In zijn brief van 6 juni 2011 als reactie op het toegezonden CVZ-advies licht verzoeker toe dat zijn situatie inmiddels is verslechterd en dat hij om die reden is doorverwezen naar het – hierboven in 4.3. reeds genoemde – Real Health programma van de Sint Maartenskliniek. Dit programma is aan te merken als een vorm van multidisciplinaire revalidatie. Het heeft voor verzoeker echter niet het gewenste resultaat gehad. Daarnaast heeft verzoeker op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: WMO) een handbewogen rolstoel in bruikleen verstrekt gekregen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij chronische rugpijnklachten op basis van degeneratieve afwijkingen zonder duidelijke neurologische compressie of aangetoonde instabiliteit een fusieoperatie geen doelmatige ingreep is.
- 5.2. Op 21 oktober 2009 heeft telefonisch overleg plaatsgevonden plaats gevonden tussen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en de behandelend arts. Uit dit gesprek is gebleken dat sprake was van een pseudoradiculair beeld. Op basis van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen. Er is geen sprake van een indicatie voor de gevraagde ingreep, omdat geen neurocompressie aanwezig is bij een pseudoradiculair beeld en het conservatieve traject niet is uitgeput. Er is namelijk geen multidisciplinaire revalidatie gevolgd als onderdeel van de conservatieve behandelingen.
- 5.3. In zijn brief van 21 juni 2011 als reactie op de brief van verzoeker van 6 juni 2011 stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat uit de toegestuurde informatie niet blijkt dat verzoeker daadwerkelijk heeft deelgenomen aan het RealHealth programma. Evenmin blijkt wat de uitkomst hiervan was (via een ontslagbrief van de revalidatiearts). Daarnaast is niet duidelijk of het programma van twee weken met twee terugkomdagen mag worden geschaard onder de noemer 'multidisciplinaire revalidatie'. Uit de website van RealHealth blijkt niet dat een revalidatiearts deelneemt aan dit programma noch dat hij dit programma superviseert, hoewel dat wel mag worden verwacht bij revalidatie van complexe problematiek. Uit de stukken blijkt niet wat het behandeladvies is van RealHealth, na het doorlopen van het programma, of van de behandelend orthopeed van de Sint Maartenskliniek.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een arthrodesse op twee niveaus met PLIF, uit te voeren in Deurne, België, 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

20.1.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(…)”

- 8.3. In artikel 2.5 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde recht heeft op zorg waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.4. In artikel 11 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

11.1 U woont in Nederland en krijgt zorg in het buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19. tot en met 41. per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.

(…)”

- 8.5. De artikelen 2.5, 11 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In artikel 2.2 Bzv is bepaald dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de onderhavige PLIF een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of verzoeker hiervoor ten tijde van de aanvraag een indicatie had.
- 9.2. Uit het advies van het CVZ van 9 mei 2011 blijkt dat de beroepsgroep zich als het gaat om operatieve opties, zoals een spondylodese (waaronder ook de PLIF valt), terughoudend opstelt. Diverse internationale richtlijnen bevelen aan eerst optimaal conservatief (multidisciplinair) te behandelen alvorens over te gaan tot een spondylodese. De commissie sluit zich hierbij aan. Zulks brengt met zich dat verzoeker slechts een indicatie voor de PLIF heeft indien hij voorafgaand aan de aanvraag conservatief (multidisciplinair) is behandeld. Uit het dossier blijkt zulks niet. Dat verzoeker op 31 januari 2011 is begonnen met het Real Health programma - nog daargelaten of dit programma is aan te merken als multidisciplinaire revalidatie -, maakt niet dat is voldaan aan voormeld criterium. Derhalve is de aanvraag terecht afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken.

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, 6 juli 2011,

Voorzitter