

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, EU/EER, Indicatie HNP L4-5
Zaaknummer	: 2008.02762
Zittingsdatum	: 17 juni 2009

Zaak: 2008.02762, Geneeskundige zorg, EU/EER, indicatie HNP L4-5

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar van 18 en 28 april 2008 de kosten verbonden aan de door verzoeker op 14 november 2007 ondergane rugoperatie in Turnhout (België) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "ischialgie links" en "enige discale uitpuiling paramediaan links naar het neurale foramen toe op niveau L4-5 in combinatie met enige littekenvorming". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de door hem op 14 november 2007 in Turnhout (België) ondergane rugoperatie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 18 en 28 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij ongedateerde brief van begin december 2008 heeft verzoeker zijn zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 5 maart 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is

de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 17 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 april 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 21 april 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 28 mei 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29041820) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker voor een tweede operatief ingrijpen geen indicatie had. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 juni 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 juni 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 juli 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 juli 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt 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 sinds september 2000 kampt met rugproblemen, die zich vooral manifesteerden in uitstralingspijn in het linkerbeen. Na door zijn huisarts te zijn verwezen naar de afdeling neurologie van een regulier ziekenhuis, werd vastgesteld dat geen afwijkingen konden worden geconstateerd. Verzoeker is vervolgens verwezen naar de chiropractor, waar geen resultaat is geboekt. In 2002, verzoeker was toen onder behandeling van een osteopaat, is hem gewezen op de mogelijkheid van een second opinion. Hiervoor is hij terecht gekomen in het universitair medische centrum te Nijmegen, waar men weigerde een nieuwe MRI te maken en verzoeker een Tens-apparaat heeft voorgeschreven (zonder resultaat). Vanuit Nijmegen is verzoeker verwezen naar een psycholoog om 'te leren omgaan met de pijn'. Met dat traject is hij na tien bezoeken gestopt omdat de pijn niet minder werd.
- 4.2. Verzoeker is in 2005 terecht gekomen bij Pre-Scan. Via deze firma heeft verzoeker in Bottrop (Duitsland) opnieuw een onderzoek gekregen, met een MRI-scan, en is hij op basis van die scan verkregen gegevens behandeld. Na een kleine periode van enige verbetering kwamen de klachten weer terug.

- 4.3. In 2006 is verzoeker door zijn huisarts verwezen naar het St. Elisabeth Ziekenhuis in Turnhout (België). Daar is op grond van de gediagnostiseerde ischialgie ten gevolge van een discale hernia L4-5 en een kleine annulaire scheur op niveau L3-4 en therapieresistentie overgegaan tot een nucleotomie L4-5 links. De kosten van deze behandeling zijn door de zorgverzekeraar vergoed.
- 4.4. In 2007 zijn alle klachten in volle omvang teruggekomen. Verzoeker heeft zich daarmee opnieuw gewend tot zijn behandelend neuroloog in België. Na een vruchteloze peridurale infiltratie is verzoeker vervolgens op 14 november 2008 naar aanleiding van de indicatie ischialgie links en een op de MRI zichtbare 'enige discale uitpuiling paramediaan links naar het neurale foramen op niveau L4-5 in combinatie met littenkenvorming' opnieuw geopereerd.
- 4.5. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing van de vergoeding van kosten voor deze laatste operatie. Hij stelt daartoe dat het voor hem onbegrijpelijk is waarom de onderhavige operatie niet wordt vergoed terwijl de operatie in 2006, op grond van dezelfde klachten, wel is vergoed. Ook de huisarts van verzoeker deelde deze mening en gaf hiervoor toestemming, zoals blijkt uit de brief van 15 april 2008.
- 4.6. De behandelend neuroloog voegt daar bij brief van 1 september 2008 het volgende aan toe:
- "Zoals u uit de recente bijgevoegde verslagen kunt opmaken, gaat het bij patiënt wel degelijk om een refractaire L4-radiculopathie links, weliswaar zonder evolutief motorisch axonaal verlies op controle EMG, doch met blijvend belangrijke gevoelsklachten, te wijten aan periradiculaire fibrosevorming in een residueel nog steeds wat vernauwd linker neuroforamen, aldus een meer dan plausibele verklaring voor persistente last, en a fortiori indicatie voor heringreep."*
- 4.7. Bij e-mail van 17 oktober 2008 wordt ten aanzien van de indicatie voor heelkundig ingrijpen door de neuroloog opgemerkt dat:
- deze wordt gesteld door de behandelend arts, op basis van de op dat moment beschikbare klinische en paraklinische (technische) gegevens, een context die verschilt van de beoordeling achteraf, door een extern adviseur op basis van lezing van protocollen die de clinici overigens uitsluitend als leidraad dienen, omdat de eigen beoordeling van radiologische beelden leidend is.
 - correct medisch handelen om een inspanningsverplichting draait, en niet om een resultaatsverplichting. Onvoldoende verbetering na therapie betekent derhalve niet dat de behandeling niet de juiste was of had kunnen zijn.
 - het verslag van de neuroloog van 2 januari 2008 weliswaar de zinsnede bevat dat er "m. i. geen plaats is voor hernieuwd heelkundig ingrijpen...", doch dat dit oordeel slaat op de bevindingen van de situatie na de tweede operatie van november 2007, zodat 'hernieuwd' dan ook dient te worden gelezen in correlatie tot een derde operatie op dat moment.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat feitelijk nooit een operatie-indicatie heeft bestaan. Ook voor de eerste, door de zorgverzekeraar vergoede operatie, heeft nimmer een indicatie bestaan. Omwille van de ondersteuning door de zorgverzekeraar van de neuroloog/operateur, in een poging de jarenlange ellende aan de rug te beëindigen, is de operatie in 2006 vergoed.
- 5.2. Voor de operatie in 2007 ligt de situatie anders. Ook voor deze operatie is geen indicatie aanwezig. Operatief ingrijpen voor littekenvorming is zinloos, omdat na de tweede operatie opnieuw littekenvorming zal plaatsvinden. In tegenstelling tot de beweringen van de neuroloog is geen sprake van een echte wortelcompressie door een HNP aanwezig. Bovendien blijven de klachten bestaan, ook na de in november 2007 uitgevoerde operatie. De neuroloog geeft dan ook op 2 januari 2008 aan dat er geen plaats is voor hernieuwd ingrijpen.
- 5.3. In november 2007 was eerder sprake van een contra-indicatie voor operatief ingrijpen, wegens het ontbreken van substraat en de aanwezigheid van littekenvorming.
- 5.4. Hoewel verzoeker gevolgd wordt in zijn stelling dat de behandelend arts de operatie bepaalt, wordt de grond van de vergoeding ten laste van de zorgverzekering uitsluitend vastgesteld op basis van een indicatie.
- 5.5. De zorgverzekeraar 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, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars 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 geneeskundige zorg bestaat:

“lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.”

Artikel 2, leden 4 en 5 van de zorgverzekering bepaalt ten algemene:

“4. De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

5. De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen ”

- 7.2. De regeling in de artikelen 2 lid 4 en 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, lid 2 Bzv 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.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is of de zorgverzekeraar in redelijkheid tot de conclusie heeft kunnen komen dat de onderhavige behandeling niet als doelmatige zorg kan worden aangemerkt als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.6. Op grond van het advies van het CVZ, waaruit blijkt dat geen sprake is van een recidief hernia na de eerste operatie, doch slechts van een lichte bulging van de discus, zonder compressie van de wortels, alsmede het feit dat het operatief verwijderen van fibrose weefsel niet doelmatig is omdat dit verschijnen na de tweede wederom optreedt, oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar tot de conclusie heeft kunnen komen dat verzoeker naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet op de onderhavige operatie was aangewezen.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter