



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, rugoperatie, voorafgaande onderzoeken en nazorg, stand van de wetenschap en praktijk, indicatie
Zaaknummer : 201501727
Zittingsdatum : 14 september 2016



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



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



Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een rugoperatie, uit te voeren in Meppen, Duitsland. Bij brief van 8 januari 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. Daarnaast heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de met de onder 3.1 genoemde ingreep samenhangende pre- en postoperatieve onderzoeken en consulten. Bij brief van 26 augustus 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat deze kosten voor vergoeding in aanmerking komen tot maximaal € 531,68.



3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van de onder 3.3 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.6. Bij brief van 10 februari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de inmiddels uitgevoerde rugoperatie te vergoeden alsmede de pre- en postoperatieve onderzoeken en consulten alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 531,88 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).



- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 18 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 24 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016061796) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor de uitgevoerde rugoperatie. Op basis van het dossier blijkt niet dat sprake was van een specifieke oorzaak voor de rugpijn. Chirurgisch ingrijpen bij chronische rugklachten wordt in Nederland vrijwel alleen uitgevoerd indien sprake is van een specifieke oorzaak. Verzoekster was daarom niet redelijkerwijs aangewezen op de uitgevoerde rugoperatie. De kosten van pre- en postoperatief onderzoek en de consulten zijn een integraal onderdeel van een DBC, en komen dus in principe niet separaat voor vergoeding in aanmerking. In dit geval is de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC wel passend. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 8 september 2016 nadere informatie gezonden, te weten de vertaling van de brief van de Duitse orthopedisch chirurg van 25 mei 2016, het operatieverslag, en de brief van de manueel therapeut van 17 juni 2016. Afschriften hiervan zijn op 9 september 2016 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 14 september 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.13. Bij brief van 20 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, de brief van 8 september met bijlagen en de pleitnota met bijgevoegde stukken gezonden met het verzoek mede te delen of voornoemde stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd of uit de bevindingen tijdens de operatie blijkt dat er een verzekeringsindicatie aanwezig was bij verzoekster, en of het uitgangspunt in een situatie als de onderhavige is dat de indicatie voor de behandeling alleen vooraf kan worden gesteld en niet achteraf op grond van bevindingen tijdens de operatie. Bij brief van 6 oktober 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut merkt op dat het toegezonden operatieverslag niet goed is te lezen, maar dat dit voor het advies niet relevant is. Of er een indicatie bestaat voor een operatie moet namelijk worden vastgesteld voorafgaand aan de ingreep. De indicatie voor een operatie wordt gesteld op basis van 'rode vlaggen' die op een specifieke oorzaak wijzen, bijvoorbeeld een tumor of een wervelinzakking. Uit de beschikbare gegevens blijkt niet dat uit de anamnese en het lichamelijk en/of beeldvormend onderzoek naar voren is gekomen dat er 'rode vlaggen' aanwezig waren. Op grond van bevindingen tijdens een operatie kan niet achteraf een verzekeringsindicatie worden vastgesteld. Op basis van het dossier blijkt niet dat sprake was van een specifieke oorzaak voor de rugpijn. Verzoekster was daarom niet redelijkerwijs aangewezen op de uitgevoerde rugoperatie. Er was hiervoor geen indicatie.

Een afschrift van dit advies is op 7 oktober 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 12 oktober 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster had al jarenlang rugklachten en is in verband hiermee al meerdere keren geopereerd. In 2013 kreeg zij opnieuw pijnklachten. In eerste instantie heeft zij geprobeerd deze klachten te verhelpen met massage, manuele therapie en chiropractie. Daarnaast is zij blijven sporten en dagelijks bewegen. Medicatie hielp niet of onvoldoende. Verzoekster heeft zich daarom gewend tot de orthopedisch chirurg in Duitsland die haar al een aantal keren heeft geopereerd.

4.2. De huisarts heeft verzoekster voor behandeling verwezen naar de Duitse orthopedisch chirurg. In zijn brief van 12 februari 2014 schrijft de huisarts het volgende: *"Hierbij verwijst ik bovengenoemde patiënt ivm rugklachten mw kwam bij mij op het spreekuur met de vraag voor een verwijsbrief orthopeed dr Wigt (te Meppen) Mw is 4x eerder geopereerd aan rug en heeft nu opnieuw klachten. Mw heeft al een afspraak gemaakt heeft alleen nog verwijsbrief nodig. Mw geeft aan lumbaal een pijnlijke plek te hebben, mw heeft altijd al doof gevoel in voet en deel scheenbeen rechts. Momenteel zijn er geen alarmsymptomen. Mw was al bij manueel therapeut en chiropracter, aldaar kreeg mw advies om toch weer naar orthopeed te gaan voor controle."*

4.3. De pijnklachten en bewegingsbeperkingen waren zodanig dat deze verzoekster belemmerden in haar functioneren, zowel privé als in haar werk. Zij had continue pijn, lang zitten was nagenoeg onmogelijk en de 'reflectie' naar haar benen was zeer belastend. Bij liggen nam de pijn toe, waardoor zij slecht sliep hetgeen weer gevolgen had voor haar fitheid overdag. Verzoekster heeft een zittend beroep, gecombineerd met haar rugklachten zorgde dit ook voor nek- en schouderklachten en had zij vaak hoofdpijn.

4.4. De in Duitsland uitgevoerde onderzoeken en testen hebben uitgewezen dat opnieuw operatief ingrijpen noodzakelijk was. Verzoekster is op 27 januari 2015 geopereerd. Uit het operatieverslag blijkt duidelijk dat sprake was van een neurocompressie en instabiliteit ten gevolge van een aangetroffen *"radiculopathie rechts lumbosacraal"*. De klinische oorzaken van de klachten van verzoekster zijn door de operatie verholpen. Bij het eerste postoperatieve controleconsult is aangetoond dat de perifere symptomen, die het gevolg waren van de gestelde diagnose spinaalstenose, in belangrijke mate zijn hersteld. Met aanvullende fysiotherapie en revalidatietraining kan verzoekster toewerken naar een volledig klachtenvrij herstel.

4.5. De zorgverzekeraar heeft de pre-operatieve onderzoekskosten niet volledig vergoed. Verzoekster heeft op 28 januari 2014 gebeld met een bij naam genoemde medewerker van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft de medewerker haar verteld dat de "controle afspraak" in het buitenland geen probleem was, en dat de kosten zouden worden vergoed op basis van de Nederlandse tarieven, onder aftrek van het verplicht eigen risico. Hierbij is verzoekster medegedeeld dat zij nog wél een verwijzing van de huisarts moest hebben. De radiologische onderzoeken die de arts nodig heeft om de diagnose te stellen hoefden niet te worden aangevraagd, en zouden eveneens op basis van het Nederlandse tarief worden vergoed. Eventuele behandelingen of operaties moesten voorafgaand worden aangevraagd. Aangezien verzoekster in 2009 ook in Duitsland was behandeld, kwam voornoemde uitleg haar bekend voor. Destijds zijn de kosten van de consulten, de radiologische onderzoeken alsmede de destijds aangevraagde operatie door de zorgverzekeraar vergoed. Verzoekster heeft daarom niet getwijfeld aan de juistheid van hetgeen haar tijdens voornoemd telefoongesprek is verteld.

Nadat verzoekster de nota's van het eerste consult, de MRI-scan en de botscan ter declaratie had ingediend bij de zorgverzekeraar, ontving zij op 16 juli 2014 een brief met als onderwerp

"rugoperatie". Aangezien verzoekster geen aanvraag had ingediend voor een rugoperatie, heeft zij direct telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Tijdens het gesprek bleek dat de verwijzing van de huisarts verkeerd was geïnterpreteerd.

Enige tijd later kreeg verzoekster een beslissing van de zorgverzekeraar dat de door haar gedeclareerde kosten slechts gedeeltelijk werden vergoed. Verzoekster heeft hierover meerdere keren telefonisch contact gehad met verschillende medewerkers van de zorgverzekeraar. Tijdens deze gesprekken is aan haar medegedeeld dat de verkeerde zorgproductcode is toegekend. De zorgverzekeraar zou verzoekster hierover nog terugbellen, maar dit is niet gebeurd.

- 4.6. Verzoekster heeft bij brief van 8 september 2016 de vertaling van de brief van de Duitse orthopedisch chirurg van 25 mei 2016 aan de commissie is gezonden. Hierin wordt het volgende gesteld: *"Ten aanzien van de vele, meermalen gemaakte EMG's: in het verleden was er wel duidelijk sprake van een positief EMG. Een ongeveer driekwart jaar voor de operatie gemaakt EMG was weliswaar 'blijkbaar' volledig negatief, maar uitsluitend met betrekking tot de gemeten mm. rectus femoris en vastus medialis vanaf de m. quadriceps (= veroorzaakt door L3 en/of L4). Vanwege de sinds het maken van het EMG in 2011 - met verhoogde polyfasie in de mm. rectus femoris, tibialis anterior, extensor hallucis longus en gastrocnemius caput laterale - onverminderd optredende klachten en over het algemeen zwakke tekenen van Lasègue heb ik in dit geval - weliswaar tegen mijn gewoonte in - ervan afgezien preoperatief een (duur) EMG-technisch onderzoek te herhalen. Preoperatief was Lasègue rechts 30° tegenover links 70° gebleken, zodat er sprake moest zijn van radiculopathie. Waar de oorzaak precies lag, kon niet worden opgemaakt uit de MRI, hetgeen bij u overigens tamelijk gewoon is.*
(...)
Bovendien wil ik nogmaals vermelden dat op geen van uw eigen MRI-scans uit het verleden - ongeacht een technisch goede kwaliteit - de omvang van de beknelling van de desbetreffende radices kon worden vastgesteld. Dit was bij alle operaties alleen mogelijk door een (goed) EMG te maken, waarbij in uw geval een op 11-01-2011 gemaakt EMG positief uitviel in de zin van een verhoogde polyfasie in alle onderzochte spieren - mm. rectus femoris, tibialis anterior, extensor hallucis longus en gastrocnemius caput laterale rechts - overeenkomstig een L4-, L5- en S1-radiculopathie rechts.
Driekwart jaar voor de operatie (op 03-04-2014) is nog een aanvullend EMG alleen met betrekking tot de mm. (musculi) rectus femoris en vastus mediales [recte: medialis] gemaakt en zuiver voor deze spieren negatief uitgevallen. Gelet op de in de preoperatieve periode over het algemeen sterk positieve rechtszijdige tekenen van Lasègue diende te worden uitgegaan van een dienovereenkomstig onverminderd positief EMG-technisch onderzoeksresultaat van de reeds in 2011- bij dezelfde klachten - positieve resp. verhoogde polyfasie voor de mm. tibialis anterior, extensor hallucis longus en gastrocnemius caput laterale rechts.
Ik verzet me dan ook tegen de bewering van de juriste [naam] dat de EMG's de indicatie(s) voor deze operatie niet zouden hebben ondersteund.
Bovendien wordt de feitelijke klinische vaststelling resp. 'diagnose a vue' met een sterke benige beknelling van de L5- en L4-wortel overeenkomstig het operatieverslag door haar eenvoudigweg genegeerd.
(...)"

In de eveneens meegestuurde brief van 17 juni 2016 betoogt de manueel therapeut dat bij verzoekster wél sprake was van specifieke rugcompressieproblematiek, hetgeen is bevestigd door zowel de EMG's als het operatieverslag. De manueel therapeut geeft voorts zijn bevindingen in de therapeutische begeleiding van verzoekster in de periode vóór en ná de operatie: "Pre-operatieve periode (najaar 2014):

progressieve lumbo-ischialgie mn rechts; test Lasegue rechts 45 graden; krachtverlies rechter been 30% tov links, met progressief beeld; afname sensibiliteit in de L4-L5 radices geïnnerveerde musculatuur en dermatomen; significante afname motoriek mn traplopen; in adl zitten, liggen pijnprovocerend (oa slecht slapen), uitvalverschijnselen re been; pijnscore VAS 7-9; heupflexie rechts max 60 gr (pijnprovocerend) tov links 90 gr Post-operatieve periode (meting: eind-april 2015):

pijnscore lumbale rug VAS 8 (vlak na de operatie maar "pijn voelt anders"); VAS 2-3 (eind-april 2015) heupflexie rechts 95 gr / links 90 gr heupabductie-exorotatie rechts (passief m weerstand) 75

gr / links 85 gr geen pijn meer in het rechter been sensibilliteit toegenomen tot aanvaardbaar muv voetzool en laterale zijde kuit (S1-S2 innervatie = te verwachten blijvende partiele beschadiging) kracht re been (actieve weerstandstest) -10% tov links (test oktober 2015: +5% tov links) cliënt is gestopt met pijnmedicatie (ibuprofen, tramadol) subjectieve waarnemingen cliënt: weinig pijn meer, slaapt beter/vaster, traplopen minder moeizaam, struikel/val nauwelijks meer, meer gevoel in het rechter been, sport weer volledig, werken (zithouding) geeft minder/geen problemen meer.

objectieve waarneming therapeut:

looppatroon genormaliseerd, traplopen verbeterd maar nog beperking, toename motoriek icm kracht tijdens sportuitoefening".

- 4.7. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat voorafgaand aan de operatie een MRI en een botscan zijn gemaakt, en dat neurologisch onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarna is zij behandeld met "PRT". Mede op grond de bevindingen van de Duitse orthopedisch chirurg, de uitkomst van de test van Lasegue, het krachtsverlies in het rechterbeen en de reactie op de PRT-behandeling moest wel sprake zijn van een beknelling (compressie). Vervolgens is verzoekster geopereerd en is tijdens die ingreep inderdaad een beknelling geconstateerd.

Verzoekster heeft ter aanvulling aangevoerd dat de behandelingen door de betreffende arts in het verleden door de zorgverzekeraar steeds zijn vergoed. Hierdoor is sprake van gewekt vertrouwen. Verzoekster vindt het in strijd met de redelijkheid en billijkheid dat thans een bedrag van € 7.257,23 voor haar rekening blijft. Uit de informatie van de Duitse orthopedisch chirurg blijkt immers dat sprake was van een compressie, en dat aldus ten onrechte door de zorgverzekeraar ervan uit is gegaan dat sprake was van specifieke rugklachten. Gezien de compressie waren de klachten specifiek en was de operatie wel degelijk geïndiceerd. Het is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat de zorgverzekeraar zich erop beroept dat de rugklachten specifiek zouden zijn. Het tegendeel is volgens verzoekster komen vast te staan.

- 4.8. Verzoekster heeft bij brief van 12 oktober 2016 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut gaat in voornoemd advies voorbij aan de feiten die zowel door de behandelend chirurg als de manueel therapeut zijn verwoord, en waaruit blijkt dat verzoekster een indicatie had voor de door haar ondergane operatie. Verzoekster vindt dit onvoorstelbaar.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. In de primaire beslissing van 8 januari 2015 is de door verzoekster aangevraagde rugoperatie afgewezen, omdat zij geen indicatie heeft voor deze ingreep. In de heroverweging van 1 mei 2015 is de aanvraag afgewezen, omdat de ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. En in de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 11 november 2015 is gesteld dat de rugoperatie niet doelmatig was, de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en verzoekster hiervoor geen indicatie had.

- 5.2. Naar aanleiding van het voorleggen van het onderhavige geschil aan de commissie heeft de zorgverzekeraar zijn medisch adviseur gevraagd toe te lichten wat in casu de exacte afwijzingsgrond is. De medisch adviseur schrijft in het advies van 2 mei 2016 het volgende:

"Overwegingen

vrouwelijke verzekerde van 45 jaar oud met een uitgebreide voorgeschiedenis van rugklachten. In verband met deze rugklachten is verzekerde in het verleden herhaalde malen geopereerd (zie de medische/operatieve voorgeschiedenis in de bijgesloten informatie). Verzekerde wenste van de huisarts weer een verwijfsbrief naar de chirurg in Duitsland. Huisarts heeft uiteindelijk een verwijfsbrief geschreven nadat verzekerde de afspraak in Duitsland al had gemaakt. Zie schrijven van huisarts dd 12-02-2014. Huisarts omschrijft de klachten van verzekerde als lage rugklachten en niet als radiculaire klachten.

Uit de opgevraagde informatie waaronder beeldvormend onderzoek uit 2011 (MRI), 2013 en 2014 blijkt geen wortelcompressie. Wel lijkt er op basis van het röntgenonderzoek sprake van zogenaamde 'kissing spines'. Uit MRI verslag 2014 blijkt dat er GEEN neurogene compressie is. Er zijn verschillende EMG's gemaakt waaruit geen evidente pathologische bevindingen blijken die specifiek passen bij een compressie van de wortel L5 (zie brief dd 28-01-2015). Deze bevindingen kunnen ook passen bij polyneuropathische klachten of eerdere schade op basis van compressie in het verleden (denk ook aan de uitgebreide voorgeschiedenis van verzekerde).

De klachten van verzekerde worden in eerste instantie benoemd als met name lumbale rugklachten en daarnaast klachten in de billen (met doorstralend naar de voet). Dit zijn geen klachten die evident passen bij een compressie van de wortel van L5. Klachten bestaan al zeer lang en verzekerde is reeds meerdere malen geopereerd aan de rug in verband met deze klachten.

Echter later wordt aangegeven dat er ook klachten zijn van het scheenbeen en de voet rechts. Dit zijn klachten die wel zouden kunnen passen bij een compressie van L5 rechts. Echter deze compressie is niet aangetoond middels beeldvorming. Er is zodoende geen sprake van evidente radiculaire klachten op basis van compressie of een hernia. Er is sprake van chronische aspecifieke lage rugklachten. De bevindingen op de meest recente MRI zijn conform de bevindingen op een MRI gemaakt in 2011. Er is dus geen evidente verandering opgetreden ten opzichten van enkele jaren eerder. Eerdere decompressieve ingrepen in 2003, 2004, 2005 en 2009 hebben eveneens niet het gewenste effect gehad.

Operatief ingrijpen middels een decompressie operatie wordt in de verschillende richtlijnen niet aanbevolen bij aspecifieke lage rugklachten. Recente zoektocht (mei 2016) in de literatuur levert geen nieuwe inzichten op.

Gebruikte zoektermen

- intractable[All Fields] AND chromc[All Fields] AND low[All Fields] AND ("back pain"[MeSH Terms] OR ("back"[All Fields]*
- "low back pain"[MeSH Terms] AND (decompressive[All Fields] AND ("surgery"[Subheading] OR "surgery"[All Fields] OR "surgical procedures, operative"[MeSH Terms] OR ("surgical"[All Fields] AND "procedures"[All Fields] AND "operative"[All Fields]) OR "operative surgical procedures"[All Fields] OR "surgery"[All Fields] OR "general surgery"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "surgery"[All Fields]) OR "general surgery"[All Fields]))*
- "laminectomy"[MeSH Terms] AND "low back pain"[MeSH Terms] AND Clinical Trial[ptyp]*

Dit is ook logisch aangezien je met een decompressieve ingreep een compressie opheft en indien deze er niet aantoonbaar is, is er dus geen reden een operatieve ingreep te doen ter compensatie van een niet bewezen compressie. In de verschillende richtlijnen wordt revalidatie, medicatie en oefentherapie aangeraden. In uitzonderingsgevallen wordt in sommige literatuur beschreven dat er bij chronische lage rugklachten een fusie ingreep mogelijk verbetering kan opleveren. Echter bij verzekerde is geen fusie ingreep uitgevoerd en daarnaast is er geen sprake van een uitzonderingssituatie waarbij is gebleken dat alle conservatieve ingrepen niet effectief bleken.

Conclusie

aanvraag voor vergoeding van decompressie ingreep L4/L5 aan beide zijden bij status na verschillende eerdere ingrepen aan de rug bij een patiënt met aspecifieke chronische lage rugklachten (geen compressie aangetoond middels beeldvormend onderzoek).

Advies

op basis van de uitgebreide informatie (onder andere MRI, EMG en eerder beschreven onderzoeken) is er geen sprake van wortelcompressie L5 beiderzijds. Daarnaast blijkt uit de huidige informatie (beeldvormend onderzoek, voorgeschiedenis) en de eenzijdige initiële klachten niet dat de klachten van verzekerde evident passen bij een compressie van L5 beiderzijds.

Gezien het feit dat er geen sprake is van een bewezen compressie op de wortel L5 beiderzijds, eerdere operatieve decompressieve ingrepen niet het gewenste effect hebben gehad en de eerst genoemde eenzijdige klachten daarnaast niet evident passen bij een compressie op niveau L5

beiderzijds handhaven van de afwijzing van de vergoeding voor operatieve decompressie L5 beiderzijds. Een decompressieve ingreep is bij specifieke rugklachten (zonder evidente compressie van een zenuw) geen behandeling conform stand der wetenschap en praktijk omdat er geen indicatie is om een decompressie uit te voeren.

Zie ook de eerder genoemde richtlijnen en de recente zoektocht in de literatuur.

Antwoord vraag geschillencommissie

op basis van de eerder verschenen richtlijnen en recente literatuur onderzoek naar interventies voor mensen met chronische specifieke lage rugklachten zonder evidente compressie is te stellen dat een decompressieve operatieve ingreep geen behandeling conform de stand der wetenschap en praktijk is. In de richtlijnen en de literatuur worden niet invasieve/niet operatieve interventies beschreven echter geen operatieve verrichtingen. Er is literatuur waarin uitzonderingsgevallen worden beschreven waarbij een fusie ingreep of een interventie in verband met failed back surgery syndrome in de vorm van neuromodulatie mogelijk effectief zou kunnen zijn indien alle conservatieve mogelijkheden zijn uitgenut. Echter de kwaliteit van deze studies en aanbevelingen is van laag niveau en daarnaast is van deze uitzonderingsgevallen (alle conservatieve mogelijkheden uitgenut) en de genoemde ingrepen (fusie of neuromodulatie) bij verzekerde geen sprake."

5.3. Daarnaast speelt de kwestie met betrekking tot de kosten van de pre- en postoperatieve consulten en onderzoeken. De medisch adviseur heeft vastgesteld dat zorgproductcode 131999178 de juiste is voor de onderhavige zorg. Op grond van deze zorgproductcode kan maximaal € 531,68 worden vergoed.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar samengevat dat in de onderhavige kwestie de vraag moet worden beantwoord of de uitgevoerde ingreep geïndiceerd was. Er dient vooraf een aanvraag te worden ingediend op basis van een gestelde indicatie. Uit het beeldvormend onderzoek blijkt niet van een indicatie, met name in de vorm van een wortelcompressie.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de uitgevoerde rugoperatie te vergoeden, alsmede de pre- en postoperatieve onderzoeken en consulten alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 531,88 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.2 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

*Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.
(...)"*

- 8.4. In artikel B.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.
(...)"*

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en*

(...)

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

(...)"

- 8.6. De artikelen B.2, B.4 en A.3.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt 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.

8.8. 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 zorgverzekeraar 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.

8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de operatie

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004.
Op 18 december 2014, voorafgaand aan de operatie, heeft verzoekster de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag bij brief van 8 januari 2015 afgewezen, stellende dat een indicatie voor de ingreep ontbreekt. Lopende de procedure is de afwijzingsgrond gewijzigd onderscheidenlijk aangevuld. Wat betreft de vraag of de toestemming op grond van de verordening terecht is geweigerd, zal de commissie zich beperken tot de indicatie.

9.2. Het Zorginstituut heeft in deze kwestie advies uitgebracht aan de commissie. In het voorlopig advies van 24 juni 2016 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie had voor de uitgevoerde operatie. In het definitieve advies heeft het Zorginstituut voornoemde conclusie bevestigd. Het Zorginstituut heeft hierbij opgemerkt dat *voorafgaand* aan de operatie moet worden vastgesteld of hiervoor een indicatie bestaat, hetgeen in de situatie van verzoekster niet het geval was. De commissie neemt deze conclusie over en maakt zij tot de hare.

Hieruit volgt dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht door de zorgverzekeraar is geweigerd. Ook op basis van de zorgverzekering bestaat vanwege het ontbreken van een (verzekerings)indicatie geen aanspraak op vergoeding.

Ten aanzien van de pre- en postoperatieve onderzoeken en consulten

- 9.3. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn stelling dat de kosten van de pre- en postoperatieve onderzoeken en de consulten een integraal onderdeel vormen van de DBC voor de operatieve ingreep, en om die reden in principe niet separaat voor vergoeding in aanmerking komen. Gelet op het vorenoverwogene zou derhalve geen aanspraak bestaan op vergoeding. Echter, de zorgverzekeraar heeft om hem moverende redenen een vergoeding van € 531,68 toegezegd. Verzoekster heeft gesteld dat genoemd bedrag niet juist is. Haar zou namelijk telefonisch zijn verteld dat een onjuiste zorgproductcode is gehanteerd.
- 9.4. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 24 juni 2016 geconcludeerd dat door de zorgverzekeraar de passende DBC is gebruikt voor de vaststelling van de vergoeding voor de pre- en postoperatieve onderzoeken en consulten. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. In de onderhavige procedure is gesteld noch gebleken dat het door de zorgverzekeraar aan betreffende DBC gekoppelde tarief van € 531,68 niet correct is. Daarom neemt de commissie de juistheid van dit tarief als vaststaand aan. Dat door de zorgverzekeraar telefonisch bepaalde toezeggingen zijn gedaan, is door verzoekster in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Zij heeft derhalve geen aanspraak op een hogere vergoeding dan reeds is toegezegd.

Gewekt vertrouwen

- 9.5. Verzoekster heeft ter zitting aangevoerd dat eerdere behandelingen door de betreffende arts wél door de zorgverzekeraar zijn vergoed, en dat zij daarom erop mocht vertrouwen dat de kosten van de onderhavige behandeling eveneens zouden worden betaald. In de procedure is echter gesteld noch gebleken dat de zorgverzekeraar destijds aan verzoekster heeft toegezegd dat (ook) toekomstige behandelingen worden vergoed. Verzoekster heeft daarentegen verklaard dat haar door een medewerker van de zorgverzekeraar, voorafgaand aan de behandeling, telefonisch is medegedeeld dat een eventuele behandeling of operatie voorafgaand moest worden aangevraagd. Het indienen van een aanvraag impliceert dat een beslissing moet volgen. Deze beslissing kan ook negatief zijn. Dat verzoekster eerder door de betreffende arts is geopereerd, maakt het voorgaande niet anders. Mogelijk was de (verzekerings)indicatie voor die operatie wél voorafgaand aan die operatie vastgesteld. Er is dan ook geen sprake geweest van een uitlating of gedraging van de zorgverzekeraar op grond waarvan bij verzoekster het vertrouwen kan zijn gewekt dat zij de kosten van de onderhavige behandeling zonder meer vergoed zou krijgen. Het beroep van verzoekster op gewekt vertrouwen kan daarom niet slagen.

Redelijkheid en billijkheid

- 9.6. Verzoekster acht het in strijd met de redelijkheid en billijkheid dat thans een bedrag van € 7.257,23 voor haar rekening blijft, omdat volgens haar is komen vast te staan dat de zorgverzekeraar ten onrechte stelt dat bij haar sprake was van aspecifieke rug klachten. Zoals in 9.2 is vastgesteld, is bij verzoekster voorafgaand aan de operatie niet gebleken van een (verzekerings)indicatie voor de betreffende operatie. De zorgverzekeraar heeft daarom terecht de aanvraag afgewezen. Dat het gevolg hiervan is dat de kosten van de operatie niet worden vergoed, maakt niet dat toepassing van de betreffende bepaling - i.e. artikel A.3.2 van de zorgverzekering - leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, nog daargelaten dat de ruimte voor het toepassen van de redelijkheid en billijkheid bij een verzekeringsovereenkomst - gelet op de jurisprudentie van de Hoge Raad - uiterst beperkt is.

Conclusie



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 november 2016,



P.J.J. Vonk