

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D en E te F
Zaak	: Geneeskundige zorg, EU/EER, diagnostisering oorzaak chronisch lage rugpijn status na hernia, en behandeling daarvan
Zaaknummer	: 2009.00210
Zittingsdatum	: 12 augustus 2009

Zaak: 2009.00210, geneeskundige zorg, EU/EER, diagnostisering oorzaak chronisch lage rugpijn status na hernia, en behandeling daarvan.

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te E,

en

F te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 11 en 28 september 2008, en 10, 14, 27 januari en 11 februari 2009 de diagnostische onderzoeken en behandelingen, door verzoekster te Brasschaat (België) ondergaan, tot een bedrag van maximaal € 267,08 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de aanvullende verzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend anesthesioloog in België heeft bij verzoekster, met status na mediale facetectomie en aanhoudende pijnklachten, een aantal mogelijke diagnosen vastgesteld, met als voorkeursdiagnose het piriformis-syndroom. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnosen bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de op pijnbestrijding gerichte diagnostische onderzoeken en behandelingen in België ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 11 en 28 september 2008, en 10, 14, 27 januari en 11 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraken zijn afgewezen.
- 3.3. Vanaf 8 maart 2007 hebben de onderzoeken en behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Vanaf 6 juni 2008 worden deze behandelingen niet

meer vergoed.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 23 januari 2009 heeft verzoekster haar zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 7 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 13 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 14 mei 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 8 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29053386) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat, gelet op de gevolgde diagnostische en behandelstrategie, getoetst aan de te dier zake bestaande Nederlandse en Europese richtlijnen, verzoekster naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet op de behandelingen was aangewezen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2009 respectievelijk in persoon en telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 12 augustus 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 17 augustus 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds medio oktober 2006 rugklachten heeft, met uitstraling naar het linkerbeen. Omdat zij in Nederland ruim zeven weken zou hebben moeten wachten voor een afspraak bij

de juiste zorgverlener, heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft haar telefonisch verwezen naar het ziekenhuis in Brasschaat.

- 4.2. In het Klina-ziekenhuis in Brasschaat is in april 2007 de diagnose “L5 ischialgie links op basis van een nauwe laterale recessus” gesteld. Op grond daarvan is verzoekster op 27 april 2007 door een neurochirurg geopereerd. Er heeft toen een microdissectomie L4-5 plaatsgevonden. Hoewel verzoekster enkele dagen pijnvrij is geweest, is de pijn teruggekeerd. Zij had weer pijnklachten aan de linkerbil, uitstralend tot aan de knieholte. Zitten was erg pijnlijk, lang staan moeilijk en het lopen ging moeizaam door de pijnlijke flexie van de linkerheup.
- 4.3. Op de pijnpoli van de behandelend anesthesist is het vermoeden geuit dat het hier zou kunnen gaan om een mogelijk gecombineerd beeld. Mogelijk was sprake van een piriformis syndroom (voorkeursdiagnose), een gevoelig SI-gewricht links met positieve Patrick en flexiebeperking en een radiculair beeld met positieve radiculaire prikkelingsproeven en positieve testblokkade. De voorgestelde – en inmiddels uitgevoerde behandeling – was primair gericht op een piriformis infiltratie, secundair op een SI infiltratie en tertiair op een proefwortel inneervatie ter hoogte van L5, met tussendoor consulten en onderzoeken in verband met de resultaten.
- 4.4. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding van € 267,08. Zij heeft na de operatie in april 2007 nog altijd veel pijn. De behandelingen, die gericht waren op pijnbestrijding en revalidatie, hebben plaatsgevonden in het ziekenhuis dat door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen op uitdrukkelijk verzoek van verzoekster. Zij heeft om die reden mogen aannemen dat het ziekenhuis in Brasschaat door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd. Bovendien is verzoekster nimmer verteld dat de doorverwijzing onder restricties heeft plaatsgevonden.
- 4.5. Verzoekster kan zich evenmin vinden in het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat begin 2008 een mogelijke samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis in Brasschaat van de baan was, omdat de daar werkzame neurochirurgen zich niet zouden houden aan de (internationale) richtlijnen voor behandeling van rugklachten. Omdat de ziektekostenverzekeraar haar daarop nimmer heeft geattendeerd, kan dit haar niet worden tegengeworpen.
- 4.6. Bovendien begrijpt verzoekster niet waarom zij eerst bij brief van 6 januari 2009 heeft vernomen dat zij voor een second opinion ook in Nederland terecht kon. Hierbij heeft zij aangetekend dat zij niet begrijpt waarom zij wederom telefonisch van de ziektekostenverzekeraar heeft vernomen hoe zij gebruik kon maken van dat aanbod, na de acceptatie van dat aanbod door verzoekster bij brief van 9 januari.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar pas bij brief van 8 december 2008 is medegedeeld dat de nota's van de zes maanden voorafgaand aan deze datum niet meer worden vergoed, waardoor nota's tot een bedrag van ongeveer € 1.900,-- niet zijn vergoed.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat uit de gegevens van verzoekster is gebleken dat bij haar sprake is van een pijnsyndroom van de lage rug, waarbij steeds maar geen oorzaak wordt gevonden.

Hierbij wordt telkens medisch ingegrepen, blijkbaar zonder het gewenste resultaat. Medisch gezien is deze gang van zaken ongewenst. Daarom is geen sprake van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 5.2. Om verzoekster tegemoet te komen is een eenmalige vergoeding verleend van € 267,08 op basis van DBC-prestatiecode 08.11.00.3401.0011, die staat voor een poliklinisch onderzoek/behandeling door een neuroloog. Op het tarief van deze DBC-prestatiecode is een korting van 10 percent toegepast omdat verzoekster gebruik heeft gemaakt van niet-gecontracteerde zorg.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster de toestemming voor de operatie in 2007 niet heeft mogen interpreteren als een toestemming voor de pijnbehandeling die daarop is gevolgd.
- 5.4. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat de rekeningen niet erg inzichtelijk zijn zodat niet blijkt welke behandeling daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.
- 5.5. Het Klina-Ziekenhuis in Brasschaat is in 2008 niet gecontracteerd omdat herhaaldelijk is gebleken dat de daar werkzame neurochirurgen zich niet houden aan de (internationale) richtlijnen voor de behandeling van rugklachten.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de goedkeuring de operatie in 2007 betrof, en niet de nagekomen, medisch onverantwoorde behandeling.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de door verzoekster in Brasschaat ondergane zorg, te weten onderzoeken en behandelingen gericht op pijnbestrijding en revalidatie op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de Zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet-klinische medisch specialistische zorg bestaat, en luidt voor zover hier relevant:

“Lid 1.

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

(...)

Lid 3. Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een instelling voor medisch specialistische zorg. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Artikel 11 bepaalt voor zover hier van belang met betrekking tot het buitenland het volgende:

“lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.”

Met betrekking tot de wijze van prestatie en dekking bepaalt artikel 18 lid 5:

“Als aan een verzekerde bij aanvang van een behandelperiode niet of niet tijdig gecontracteerde zorg kan worden verleend, terwijl daarna binnen dezelfde behandelperiode wel gecontracteerde zorg kan worden verleend, behoudt de verzekerde gedurende die behandelperiode maar maximaal tot twaalf maanden na aanvang van die periode toch het recht op vergoeding van niet gecontracteerde zorg alsof hem niet of niet tijdig gecontracteerde zorg zou kunnen worden geleverd.”

- 7.3. De artikelen 11, 18 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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 inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1, verwijst in het eerste lid naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer huisartsen die plegen te bieden. In artikel 2.1, tweede lid is voorts 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. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Met betrekking tot de door anesthesioloog/pijnbestrijder in België uitgevoerde behandeling in het kader van de behandeling van een niet succesvolle HNP-operatie, al

dan niet met facetectomie oordeelt de commissie als volgt. Uit de Toelichting op artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering (Staatsblad 2005, 389) blijkt dat de term “plegen te bieden” de grenzen van de aanspraken bepaalt. Het verklaart, wat het laatste betreft, slechts die zorg tot voor vergoeding of verstrekking in aanmerking komend deel van het pakket, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Is sprake van dat laatste, dan is voor de vraag of het gaat om een verzekerde prestatie bepalend zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de (ten tijde van de totstandkoming van de Zvw bestaande) rechtspraak die de gebruikelijkheid van de zorg afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord ‘houding’ maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen. Overigens kan aan de hand van richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep pleegt te bieden.

- 7.7. Voor zover de onderhavige behandeling ziet op de behandeling na een niet succesvolle HNP-operatie, al dan niet met facetectomie, merkt de commissie voorts het volgende op. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de door verzoekster in dit kader ondergane behandelingen niet zijn te kwalificeren als zorg zoals anesthesiologen/pijnbestrijders die plegen te bieden is naar het oordeel van de commissie, op grond van het CVZ advies van 8 juli 2009 (zaaknummer 29053386) juist. De bij verzoekster toegepaste diagnostische onderzoeken en behandelingen voldoen niet aan de Nederlandse richtlijnen van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, noch aan de “European Guidelines for the management of chronic non-specific lower back pain”, zodat niet kan worden gesproken over zorg die behoort tot het aanvaardbaar arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden bij de onderhavige indicatie.
- 7.8. Zo er al aanleiding zou bestaan om in dit geval van de richtlijnen af te wijken, geldt het volgende. Voor zover de onderhavige behandeling ziet op een piriformis syndroom, een sacro-ilialgie of een radiofrequente denervatie van achterwortels, oordeelt de commissie als volgt. Uit het vorengenoemde CVZ-advies blijkt dat de medisch adviseur van het CVZ van oordeel is dat voor deze aandoeningen geen heldere diagnose is gesteld en aanvullend onderzoek geen aanknopingspunten heeft geleverd voor genoemde veronderstelde diagnoses. Het betreft hier dan ook volgens de medisch adviseur van het CVZ een “onlogische combinatie van weinig gefundeerde diagnostiek en therapie, die ver afstaat van de bekende evidence based richtlijnen op dit terrein”. De commissie sluit zich hierbij aan en maakt dit standpunt tot de hare. Het voorgaande komt er op neer dat verzoekster op grond van zorginhoudelijke criteria, namelijk het ontbreken van een duidelijke diagnose, redelijkerwijs niet op de onderhavige behandelingen was aangewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. De aanvullende verzekering kent geen dekking kent voor de onderhavige zorg.

Ten aanzien van het privaatrecht

- 7.10. Voor zover verzoekster stelt dat zij eerst bij brief van 8 december 2008 heeft vernomen dat de rekeningen, die tot juli 2008 zijn vergoed, vanaf die datum niet meer vergoed zullen worden en dat zij erop heeft mogen vertrouwen dat de rekeningen van juli tot en met 8 december 2009 vergoed zouden worden, oordeelt de commissie als

volgt. De vraag is allereerst waarop verzoekster redelijkerwijs het vertrouwen heeft mogen baseren dat, na de - uiteindelijk vergoede - discectomie in april 2007, ook de verder nog te ondergane behandelingen in het ziekenhuis te Brasschaat - zoals pijnbestrijding - in beginsel in volle omvang en over de volle periode zouden worden vergoed. De commissie stelt met betrekking daartoe voorop dat aan verzoekster kan worden toegegeven dat de zorgverzekeraar door nadien, met name over 2008 sommige nota's wel te vergoeden en andere zonder nadere verklaring weer niet, heeft nagelaten verzoekster een afdoende informatie te verschaffen over zijn vergoedingenbeleid. Anderzijds was er voor verzoekster alle aanleiding zich meer zekerheid te verschaffen over de vraag hoe de vergoedingen voor behandelingen - die een ruime periode betroffen - zich verder zouden gaan uitstrekken. Van belang hierbij is dat verzoekster een dergelijk verzoek naar aanleiding van de aanvankelijke afwijzing van de vergoeding van de discectomie in 2007 heeft gedaan, en wel bij brief van 13 juni 2007, met betrekking tot rugklachten vanwege "zenuwen en gewrichten". Bedoelde brief heeft weliswaar geleid tot een toezegging bij brief van 21 juni 2007 voor wat betreft de rugoperatie, maar niet tot een - verdergaande - toezegging zoals verzoekster kennelijk voor ogen stond. Hetzelfde geldt ook voor de daarop gevolgde machtiging, die zich beperkte tot de operatie zelve. Zeker toen begin 2008, zoals uit de overgelegde stukken naar voren komt (uitkeringsberichten van respectievelijk 29 januari en 27 maart 2008), sommige nota's niet werden vergoed, had het naar het oordeel van de commissie op de weg van verzoekster gelegen zich bij zorgverzekeraar alsnog de noodzakelijke zekerheid te verschaffen - bijvoorbeeld na het overleggen van doktersattesten -, of ook verdere behandelingen in het betrokken ziekenhuis voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Door dat laatste na te laten heeft verzoekster zelf het risico genomen dat de nota's die thans in geschil zijn niet zouden worden vergoed.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 augustus 2009,

Voorzitter