



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, multidisciplinaire revalidatie, stand van de
wetenschap en praktijk, doelmatige zorg

Zaaknummer : 201700028

Zittingsdatum : 25 oktober 2017

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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, Vo.nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op revalidatie fysische geneeskunde, uit te voeren te Antwerpen, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft herhaaldelijk aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 10 september 2015, 15 januari 2016, 12 februari 2016, 19 april 2016, en 4 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 april 2017 heeft verzoekster 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juli 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 september 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017035450) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat naast de fysieke problematiek sprake is van problematiek op andere ICF-domeinen. Daarnaast wordt in de toelichting op het behandelplan van de revalidatiearts niet vermeld welke behandeldoelen aan de betrokken disciplines zijn gesteld. Hierdoor is het onduidelijk hoe het totale aantal sessies (36), die enkel bij het onderdeel kinesithérapie zijn benoemd, verdeeld zijn over deze disciplines. Ook is geen informatie beschikbaar over de behandelingen die in het medisch specialistisch behandeltraject zijn uitgevoerd en door welke disciplines, en ontbreekt een toelichting op de interdisciplinaire samenwerking. Het Zorginstituut merkt verder op dat chronische rugklachten een indicatie kunnen vormen voor een medisch specialistische revalidatiebehandeling. In dat geval dient nog wel sprake te zijn van complexe, meervoudige en onderling samenhangende functioneringsproblemen waarvoor interdisciplinaire revalidatie een bewezen meerwaarde heeft. De medisch adviseur van het Zorginstituut is van oordeel dat dit niet voldoende is aangetoond. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 september 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is bekend met rugklachten. In verband met deze klachten heeft zij jarenlang diverse behandelingen ondergaan. In 2013 is zij geopereerd, waarbij de rugwervels zijn vastgezet. In 2014 werd zij wederom geopereerd, waarbij het osteosynthesemateriaal is verwijderd. Na de laatste ingreep is zij onder behandeling geweest bij een fysiotherapeut om de stabiliteit lumbaal op te bouwen. Hoewel de behandeling aanvankelijk goed ging, is na verloop van tijd de opbouw belemmerd door pijnklachten, waardoor het functioneren moeilijker werd (beperking met lopen en ADL). Nadat verzoekster vanwege haar klachten bij het UZ Antwerpen op consult was geweest, is haar geadviseerd een revalidatietraject te volgen, dat is gericht op het stabiliseren en vergroten van de lumbale mobiliteit. Daarom is de fysiotherapeutische behandeling na vijftien sessies beëindigd.
- 4.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 mei 2015 verzocht om toestemming voor het revalidatietraject. Zij schrijft dat de fysiotherapeutische behandeling geen vooruitgang meer geeft. De lage rugpijn blijft terugkomen. Op advies van haar fysiotherapeut en de behandelend reumatoloog van het UZ Antwerpen heeft zij aldaar een onderzoek laten uitvoeren bij de afdeling fysische geneeskunde en revalidatie. De behandelend arts heeft bij brief van 12 mei 2015 verklaard dat verzoekster bij hem op consult is geweest. In zijn verslag heeft hij het volgende vermeld:

"Medische voorgeschiedenis

- 2009 Cervicale artrodese C5-C6 en C6-C7, tevens chronisch discuslijden L4-L5 waarvoor plaatsen van DIAM-systeem.
- Totale knieprothese links 08/2011
- Factor fibromyalgie/cryptotetanie.
- 10/2007: vit D-deficiëntie waarvoor substitutietherapie. opvolging reumatologie
- 09/2013 : L5S1 fusie , 2014 osteosynthese verwijderd (turnhout, st elisabeth)

Huidige problematiek

Patiënte komt op consultatie omwille van lumboischialgie klachten linkszijdig. In het verleden onderging patiënte een fusie van L5S1 (2013) en in 2014 werd het osteosynthese materiaal verwijderd omwille van druk in de lage rug. Sindsdien is de beweeglijkheid verbeterd. De klachten bevinden zich in het linker been, met uitstraling in het L5S1 gebied. Ze heeft geen gevoel meer in de kleine teentjes, maar dit was reeds voor de operatie aanwezig. Ook het krachtsverlies in het linker been was reeds aanwezig voor de operatie. Er zijn intermitterende tintelingen in het linker been en minder controle over het been. Lyrica werd gestopt omwille van duizeligheid en vergeetachtigheid.

(...)

Klinisch onderzoek

hyposensibiliteit S1 links

*krachttesting: heupflexie/knieflexie/knieextensie 4/5 (ikv TKP?), distaai 5/5, teen en hielstand behoudenreflexen: APR -/-, geen clonus, geen babinski, KPR +/- drupijn middenlijn en paravertebraal L5S1 bilateraal
lasegue negatief*

Uitgevoerde technische onderzoeken

- MRI LWZ 11/2014 fibrose linkszijdig in het spinaal kanaal tot rond wortel S1 links wat irritatie kan geven, de wortel zelf is ook licht oedemateus verdikt Buiging L4L5 met discusweefsel tegenaan wortels van L5 beiderzijds wat lichte hinder kan ge[g]ven Matige hypertrosche facetartrose, links > re met vernauwing neuroforamina waarbij wortels L4 minder ruimte hebben en focaal compressie kan geven geen overtuigende compressie L4L5

- EMG 27/04/2015 discreet S1 lijden links

Bespreking

Deze 65-jarige patiënte kwam op de raadpleging fysische geneeskunde omwille van lumboischialgie klachten linkzijdig Voor oppuntstelling werd een EMG onderzoek uitgevoerd, die een discreet S1 lijden links aantoonde Als behandeling werd er gestart met de multidisciplinaire rugrevalidatie in combinatie met een wortelinfiltratie op de pijnkliniek Patiënte zal halverwege het programma op controle afspraak komen om het verloop van de rugrevalidatie te bespreken"

- 4.3. Bij brief van 30 juli 2015 heeft de behandelend arts toegelicht dat het multidisciplinaire schema veel uitgebreider is dan individuele kinesitherapie. Bijkomend zal voor het S1-lijden een neuroforaminale infiltratie gebeuren via de pijnkliniek, en kan eventueel ondersteunende pijnmedicatie worden gegeven.
- Bij brief van 17 juni 2016 heeft de behandelend arts aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat bij het rugrevalidatieprogramma de patiënt wordt begeleid door een multidisciplinair team, waarbij de volgende disciplines betrokken zullen zijn: een arts fysische geneeskunde, een ergotherapeut, een psycholoog, en een kinesitherapeut. "Zowel begrippen van rughygiëne, ergonomie, psychologische aspecten van pijn worden behandeld. Een uitgebreid geïndividualiseerd oefenprogramma wordt gegeven met zowel stabilisatietraining als algemene conditietraining, functionele oefen therapie en training dmv computergestuurde biofeedback (Tergumed)."
- 4.4. Verzoekster heeft in verband met haar ernstige rugklachten in 2015 voor behandeling moeten uitwijken naar België. Verzoekster was aangewezen op de aangevraagde revalidatiebehandeling, aangezien eerdere behandelingen geen of onvoldoende resultaat hadden gehad. In de richtlijn voor chronische pijn wordt een stepped care benadering van chronische pijn gehanteerd, waarbij stap 1 en stap 2 bestaan uit voorlichting, advies en eerstelijns behandeling. Bij stap 3 wordt vermeld: doorverwijzing naar een gespecialiseerd, multidisciplinair behandelteam, indien sprake is van complexe problematiek (ernstige beperkingen, een combinatie van psychosociale problematiek en een ongunstige omgeving) gericht op het verminderen van persoonlijke beperkingen (patiëntrelevante doelen). Verzoekster voldoet aan voornoemde stappen.
- 4.5. Van meet af aan heeft de ziektekostenverzekeraar gezorgd voor veel onduidelijkheid over de vergoeding van de behandeling. Uiteindelijk is een deel van de kosten vergoed. Een aantal facturen is echter niet vergoed.
- De ziektekostenverzekeraar is vanaf het begin van dit traject zeer onduidelijk geweest. In eerste instantie is gesteld dat geen sprake was van een multidisciplinair revalidatietraject. Bij brief van

12 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat hiervan wél sprake was. Vervolgens is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat noch de doelmatigheid van de zorg duidelijk is noch de significante meerwaarde van revalidatie is aangetoond. Later is gesteld dat er geen sprake was 'failed back surgery', omdat er geen oorzakelijke relatie zou bestaan tussen de 'surgery' en de daaruit voortvloeiende rugklachten. Voorts is gesteld dat bij verzoekster sprake was van een oude status quo met lumbale klachten. Vervolgens kon de multidisciplinaire revalidatiezorg niet worden aangemerkt als doelmatige zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk. En bij brief van 5 oktober 2015 is gesteld dat het aangevraagde traject van kinesitherapie met ergotherapie, psychologie en supervisie voor de reeds aanwezige chronische rugklachten, geen verzekerde zorg zou betreffen. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou niet zijn gebleken van een medische indicatie voor het aangevraagde traject, en daarom zou deze zorg niet zijn aan te merken als doelmatige zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk.

Doordat verzoekster niet vanaf het begin duidelijkheid heeft gekregen over de vergoeding van de kosten, is zij na afloop van het traject geconfronteerd met een voor haar forse kostenpost.

4.6. Verzoekster heeft het standpunt van de ziektekostenverzekeraar meermaals laten toetsen door een medisch adviseur. Deze is van mening dat verzoekster een indicatie heeft voor een multidisciplinair behandeltraject op basis van een 'failed back surgery syndroom'. De diagnose 'failed back surgery syndroom' kan worden gesteld indien sprake is van aanhoudende pijnklachten van de lage rug na een rugoperatie. Dit kan mede onder verwijzing naar de richtlijn 'Wervelkolom gerelateerde pijnklachten van de lage rug'.

Daarnaast heeft de medisch adviseur medegedeeld dat er geen richtlijn bestaat voor conservatieve behandeling van het 'failed back surgery syndroom'. Daarom moet worden gekeken naar de richtlijn voor chronische pijn. In deze richtlijn wordt een stepped care benadering van chronische pijn gehanteerd, welke stappen reeds door verzoekster zijn doorlopen.

De medisch adviseur heeft op 15 maart 2016 het volgende verklaard: *"Er is sprake van aanhoudende lagerugklachten na een operatie in de lagerug. Cliënte is daarna behandeld door de fysiotherapeut maar de klachten blijven zodanig aanwezig dat cliënte beperkt is in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Hiervoor heeft zij de hulp ingeroepen van een multidisciplinair behandelprogramma. De zorgverzekeraar is echter van mening dat er geen indicatie is voor een dergelijk multidisciplinair traject en wil de behandeling derhalve niet vergoeden. Het bericht van CZ refereert naar aspecifieke lagerugklachten of naar 'non-specific low back pain'. Deze diagnose van chronische aspecifieke lagerugklachten wordt gesteld indien er geen oorzaak wordt gevonden van de pijn in de lagerug. Bij cliënte is er echter sprake van problematiek in de lagerug, namelijk discuslijden, oftewel problemen met de tussenwervelschijf in de lagerug. Hiervoor is zij zelfs geopereerd in september 2013 waarbij de wervels aan elkaar zijn gezet. Aangezien er dus sprake is van een afwijking in de lagerug is de diagnose aspecifieke lagerugklachten, oftewel 'non-specific low back pain' niet aan de orde. De literatuur met betrekking tot de chronische aspecifieke lagerugklachten is dus niet van toepassing.*

Cliënte heeft na de operatie klachten gekregen met uif[t]straling naar het linkerbeen zodat er sprake is van een lumbosacraal radiculair syndroom."

Zowel op grond van het groot verlies aan functioneren als vanwege het feit dat eerdere monodisciplinaire behandeling onvoldoende resultaat heeft gehad, heeft verzoekster aanspraak op de aangevraagde multidisciplinaire revalidatie.

Op 26 augustus 2016 heeft de medisch adviseur in aanvulling op het bovenstaande medegedeeld dat het van belang is de belastbaarheid van verzoekster weer langzaam op te bouwen, zodat een betere balans wordt verkregen tussen belasting en belastbaarheid. Meestal wordt hiervoor een graded activity programma gebruikt, waarbij de activiteiten tijdcontingent worden opgebouwd en niet op geleide van de pijnklachten. Dit is een traject dat vaak wordt gebruikt voor behandeling van chronische pijn. Hierna zal mogelijk de medische consumptie van verzoekster verminderen en de participatie in activiteiten weer toenemen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van artikel B.4.6. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op revalidatie. Dit betreft een behandeling door een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts. Vergoeding van revalidatie is mogelijk in het geval van opname of van een deeltijd- of dagbehandeling. De revalidatie moet plaatsvinden in een instelling voor revalidatie.

Naast voorgaande specifieke vergoedingscriteria, geldt op grond van artikel A.3.2. van de zorgverzekering dat zorg alleen kan worden vergoed als de betrokkene hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De zorg moet derhalve doelmatig zijn.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 september 2015 zijn afwijzende beslissing als volgt aan verzoekster toegelicht.

Verzoekster is reeds jaren bekend met chronische rugklachten en is hiervoor in het verleden geopereerd. Zij heeft op 18 mei 2015 verzocht om een revalidatiebehandeling.

Revalidatie heeft een expliciet behandeldoel, dus ná de intensieve revalidatie dient sprake te zijn van een significante verbetering van (het functioneren van) de patiënt. In deze gevallen kan er een meerwaarde zijn van revalidatie. Het moet gaan om een complexe problematiek, bestaande uit co- of multimorbiditeit en een voldoende mate aan leer- en trainbaarheid.

In de behandelpraktijk wordt het principe van stepped care toegepast. Een eerstelijns behandeling is voorliggend. Meestal betreft dit enkelvoudige oefentherapie onder leiding en verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut.

In de door de ziektekostenverzekeraar ontvangen informatie wordt gesproken over oefentherapie, maar specifieke informatie hierover ontbreekt. Het is de ziektekostenverzekeraar daarom niet duidelijk welk voorliggend conservatief traject is geprobeerd en wat de resultaten hiervan waren (blijkens een rapportage). In het verslag van de fysiotherapeut staat niet vermeld hoeveel behandelingen hebben plaatsgevonden, wat het eindresultaat van de behandeling was en hoe het functioneren van verzoekster is veranderd na de therapie.

Daarbij motiveert de medisch specialist niet wat de duidelijke meerwaarde is van multidisciplinaire revalidatiebehandeling ten opzichte van de eerstelijns fysiotherapie. Ook is niet duidelijk hoe complex de huidige klachten van verzoekster zijn en wat het verwachte eindniveau van functioneren is na de revalidatiebehandeling. Er is geen onderbouwde en gemotiveerde medische indicatie voor multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie op basis van een bij MDO (multidisciplinair overleg) opgesteld revalidatieplan met concrete behandeldoelen en een verwacht eindniveau van functioneren. Ook de mate van leer- en trainbaarheid is niet weergegeven.

De doelmatigheid van chronische rugrevalidatie bij een patiënt met reeds jaren bestaande chronische rugklachten, is niet duidelijk. De significante meerwaarde van revalidatie in dat geval is niet aangetoond. Een eerstelijns, eventueel meervoudige behandeling is voorliggend en in eerste instantie aangewezen. Ook de nadere informatie geeft niet meer duidelijkheid over het conservatieve behandeltraject dat is gevolgd voordat tot rugrevalidatie is besloten.

Verder is het beschreven behandelplan niet aan te merken als multidisciplinaire revalidatie zoals bedoeld in de zorgverzekering. Bij multidisciplinaire revalidatie gaat het om diagnostiek en behandeling door meerdere disciplines gezamenlijk en in afstemming met elkaar als team.

Bij eerstelijns revalidatie is veelal sprake van gelijktijdig meerdere disciplines in plaats van multidisciplinaire zorg. Het voorgestelde traject lijkt voornamelijk gestoeld op oefentherapie. Dit kan ook als enkelvoudig conservatief traject worden ingezet.

5.3. Bij brief van 12 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van door verzoekster ingezonden aanvullende informatie, aan haar medegedeeld dat uit de nadere informatie van het ziekenhuis te Leuven is gebleken dat sprake is van multidisciplinaire revalidatiezorg. Echter, de doelmatigheid van de zorg is nog steeds niet duidelijk, en evenmin is de significante meerwaarde van de revalidatie bij reeds jaren bestaande chronische rugklachten aangetoond.

De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar onder meer de volgende bronnen:

- Rapport 'Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten' van het Zorginstituut Nederland.

- Rapport 'Chronische pijn' van de Regieraad Kwaliteit van zorg.

Daarnaast is door de wetenschappelijke vereniging van adviserend geneeskundigen (VAGZ) de werkwijzer revalidatie gepubliceerd. Vanuit de landelijke werkgroep Pijnrevalidatie is een factsheet verschenen waarin enkele indicaties staan voor pijnrevalidatie. Belangrijk daarin is het omgaan met chronische pijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft nogmaals gekeken naar richtlijnen en standpunten hieromtrent. Als ervan wordt uitgegaan dat er een specifieke oorzaak is met uitstraling, blijkt uit de richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom', dat er onvoldoende aanwijzingen zijn voor het nut van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling specifiek voor patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom.

Er is ook in PubMed aanvullend gezocht onder de filter 'clinical trial' op de trefwoorden 'low back pain AND rehabilitation'. De meeste artikelen betreffen non specific low back pain. Uit de gevonden publicaties kan worden opgemaakt dat multidisciplinaire revalidatie bij de indicatie van verzoekster noch voldoende evidence based bewezen is, noch voldoende effectiviteit heeft op de langere termijn.

- 5.4. Bij brief van 19 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de door verzoekster ingezonden informatie, afkomstig van de door haar ingeschakelde medisch adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft deze informatie voorgelegd aan zijn medisch adviseur en naar aanleiding van diens beoordeling het volgende aan verzoekster medegedeeld: *"[Verzoekster] heeft sinds 2007 chronische rugklachten op basis van discuslijden op niveau L4-L5. In 2013 zijn de wervels vastgezet. In 2014 is het osteosynthesemateriaal verwijderd. Vervolgens waren er in 2015 lumbo-ischialgiëklachten links met uitstraling, gevoelloosheid in de tenen en krachtsverlies zoals voorafgaand aan de operaties. Middels een EMG is een discreet SI-lijden gezien. Gelet hierop is een multidisciplinair revalidatietraject gestart. Een discreet SI-lijden kan echter op basis van de stand van de wetenschap en praktijk niet worden aangemerkt als medische indicatie voor een dergelijk revalidatietraject. Op het aangrenzende niveau L5-S1 is sinds september 2013 sprake van een fusie van de wervels. Deze is teniet gedaan door het verwijderen van het osteosynthesemateriaal in november 2014 vanwege druk in de lage rug. Deze druk is niet nader omschreven. Van een medische indicatie voor het verwijderen van dit materiaal blijkt niet uit het dossier. Postoperatief geeft de fysiotherapeut aan dat het aanvankelijk beter ging. De reeds voorafgaand aan de operaties aanwezige klachten van uitstraling, gevoelloosheid in de tenen en krachtsverlies bleven echter bestaan. Op het niveau L4-L5 is sinds 2009 sprake van een DIAM systeem om het onderliggende chronische discuslijden op dit niveau op te lossen. In het advies van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) inzake interspinale implants en stops, waaronder het DIAM systeem ook valt, wordt geconcludeerd dat dit geen verzekerde zorg is. Uit de Clinical Trial Databank (geraadpleegd op 18 april jl) blijkt dat een RCT naar de 'safety and effectiveness of the DIAM™ Spinal Stabilization System in the treatment of moderate single-level lumbar degenerative disc disease', nog steeds loopt. Op basis hiervan kan het DIAM systeem nog niet als conform de stand van de wetenschap en praktijk worden beschouwd. Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de rug van [verzoekster] uiterst gecompromitteerd is, de chronische klachten zijn blijven bestaan en er is een discreet SI-lijden vastgesteld. Uit de door de behandelend specialisten aangeleverde documentatie, volgt niet de diagnose 'failed back surgery syndrome' zo dit al een diagnose is en kan zijn. Spine Health verwoordt de situatie als volgt: 'Failed back surgery syndrome: it is a very generalized term that is often used to describe the condition of patients who have not had a successful result with back surgery or spine surgery and have experienced continued pain after surgery'. Uw medisch adviseur stelt dat de 'failed back surgery' de oorzaak is van de rugklachten en dat derhalve de door onze medisch adviseur gebruikte duiding van aspecifieke rugklachten niet deugdelijk zou zijn. Uit de brieven van de medisch specialist blijkt echter dat de klachten vóór en na alle rugoperaties onveranderd zijn. Derhalve kan onze medisch adviseur de conclusie van uw medisch adviseur niet onderschrijven, dat er een oorzakelijke relatie bestaat tussen de 'surgery' en daaruit voortvloeiende rugklachten. Die rugklachten waren immers reeds bestaand.*

Vervolgens wordt aangegeven dat er sprake is van een lumbosacraal radiculair syndroom, het reeds genoemde discrete SI lijden. In de aangehaalde richtlijn wordt aangegeven dat multidisciplinaire behandeling een mogelijke meerwaarde zou kunnen bieden. Hard wetenschappelijk bewijs ontbreekt hiervoor echter.

In de Nederlandse richtlijnen database staat het Failed Back Surgery Syndroom genoemd. Daarbij wordt aangegeven dat: 'anders dan bij de andere diagnoses die vallen onder de ongecompliceerde degeneratieve wervelkolom gerelateerde pijnklachten is er bij FBSS sprake van een diagnose per exclusionem. Er is dan ook geen literatuuronderzoek verricht ten behoeve van het vergaren van evidence voor het vaststellen van de diagnose'.

Aanvullend is gezocht naar richtlijnen inzake het Failed Back Surgery Syndroom bij NICE, NASS en AETNA. Ook in Up to Date werden geen evidence based richtlijnen hierover gevonden.

De door uw medisch adviseur aangehaalde informatie over multidisciplinaire zorg: http://www.pijn.com/nl/patienten/oorzaak_pijn/diagnoses_per-regio/onderrug/failed-back-surgery/ betreft geen richtlijn zoals bedoeld door het Zorginstituut Nederland in het rapport Stand van wetenschap en praktijk. Zoals eerder aangegeven is het Failed Back Surgery Syndroom een situatiebeschrijving (de term diagnose is eigenlijk niet toereikend) per exclusionem.

Samenvattend, is er bij verzoekster sprake van een oude status quo met lumbale klachten. Er is discreet SI lijden waarvoor multidisciplinaire revalidatiezorg is aangevraagd. Deze zorg kan gelet op het voorgaande, niet worden aangemerkt als doelmatige zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk."

- 5.5. In reactie op de brief van verzoekster van 29 september 2016 en de daarbij gevoegde informatie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 4 oktober 2016 aan haar medegedeeld dat hij niet zal reageren op de punten die hij al eerder gemotiveerd heeft weerlegd. In aanvulling hierop merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de medisch adviseur van verzoekster verwijst naar de NHG standaard, waarbij multidisciplinaire zorg overwogen kan worden, waarvoor meestal een 'graded activity program' wordt gegeven.
- Dit betekent niets anders dan dat opbouw van activiteiten plaatsvindt op geleide van de (pijn)klachten. De medisch adviseur van verzoekster limiteert deze opbouw echter noch aan een bepaalde periode noch aan uitkomstmaten, noch aan doelmatigheid. Verder zou volgens de medisch adviseur van verzoekster de aangevraagde behandeling mogelijk de medische consumptie verminderen. Dit is op te vatten als een preventieve activiteit. Dat mogelijk de participatie in activiteiten zal toenemen, is op te vatten als maatschappelijke dan wel arbeidsparticipatie doelstellingen.
- De ziektekostenverzekeraar handhaaft zijn conclusie dat het aangevraagde traject van kinesitherapie met ergotherapie, psychologie en supervisie voor de reeds aanwezige chronische rugklachten bij verzoekster geen verzekerde zorg betreft. Er is niet gebleken van een medische indicatie voor het traject ter behandeling van haar klachten en de zorg is niet aan te merken als doelmatige zorg.
- 5.6. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij inderdaad kosten heeft vergoed aan verzoekster. Dit betreft kosten voor de consulten, de EMG, een botscan en het duplexonderzoek. Deze kosten hebben betrekking op zorg om tot een diagnose te komen. Verzoekster is hierover in de brief van 2 november 2015 geïnformeerd.
- 5.7. Verzoekster stelt dat zij door onzorgvuldig handelen van de ziektekostenverzekeraar in onzekerheid is gebleven over de vergoeding, waardoor zij achteraf is geconfronteerd met een kostenpost. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat verzoekster de afhandeling als onzorgvuldig heeft ervaren. Een zorgvuldige beoordeling kost echter enige tijd. Daarbij wordt benadrukt dat verzoekster er niet zonder meer van uit kon gaan dat positief zou worden beslist op het verzoek tot vergoeding. Hierbij wordt opgemerkt dat de aanvraag op 22 mei 2015 is ontvangen. Na het opvragen van aanvullende informatie is verzoekster bij brief van 2 juli 2015 geïnformeerd over de beslissing. Dit is een redelijke termijn van afhandeling.
- Uit de nota van 18 juli 2015 blijkt overigens dat verzoekster al vóór het indienen van de aanvraag met de behandeling is gestart. Als men er zonder meer vanuit gaat dat de ziektekostenverzekeraar

een behandeling gaat vergoeden, dan valt dit onder de eigen verantwoordelijkheid van betrokkene en zal men, in het geval van afwijzing, de kosten zelf moeten betalen.

5.8. De ziektekostenverzekeraar 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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van revalidatie fysieke geneeskunde, uitgevoerd te Antwerpen, 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 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. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en 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 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 A.3.2., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.3. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, 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.

Medisch-specialistische zorg, waaronder revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst 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 ziektekostenverzekeraar 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 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 zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 18 mei 2015 verzocht om toestemming voor de onderhavige behandeling. Uit de stukken blijkt echter dat de behandeling reeds op 4 mei 2015 is aangevangen. Er is derhalve geen sprake van vooraf aangevraagde toestemming zoals vereist op grond van voornoemd artikel 20. De verordening vindt om deze reden geen toepassing. De onderhavige kwestie dient daarom worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.


9.3. Medisch specialistische revalidatie is een verzekerde prestatie op grond van artikel B.4. van de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de aangevraagde behandeling is aan te merken als medisch specialistische revalidatie èn of verzoekster hiervoor een indicatie heeft zoals bedoeld in artikel A.3.2.. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 12 september 2017 ter zake geconcludeerd dat onvoldoende duidelijk is geworden dat de aangevraagde behandeling is aan te merken als medisch specialistische revalidatie. Daarnaast is onvoldoende aangetoond dat bij verzoekster sprake is van complexe, meervoudige en onderling samenhangende functioneringsproblemen waarvoor interdisciplinaire revalidatie een bewezen meerwaarde heeft. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Wijziging standpunt ziektekostenverzekeraar


9.5. Verzoekster heeft zich er op beroepen dat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure zijn standpunt heeft gewijzigd. Zij concludeert dat hij daarmee onzorgvuldig heeft gehandeld en om die reden gehouden is de in het geding zijnde kosten te vergoeden. De stelling van verzoekster is weliswaar in lijn met de beslissing in het arrest van de Hoge Raad van 3 februari 1989 (NJ 1990, 476, Ohra/Goilo), doch zulks betekent niet dat een zorgverzekeraar lopende de procedure zijn standpunt niet mag wijzigen (vgl. rechtbank Rotterdam, 7 december 2011, ECLI:RBROT:2011:BU9553). Het innemen van een - naar later blijkt - onjuist standpunt leidt dan ook niet automatisch tot een verplichting tot uitkering voor de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn primaire beslissing aan verzoekster medegedeeld dat rugrevalidatie bij chronische rugklachten geen verzekerde zorg is. In de heroverweging van 10 september 2015 is het ingenomen standpunt gewijzigd, waarbij op meerdere punten uitgebreid is gemotiveerd waarom verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling. In de daarop volgende brieven is de ziektekostenverzekeraar telkens ingegaan op de door verzoekster ingezonden nadere informatie. De commissie overweegt dat in de onderhavige situatie niet kan worden gesteld, zoals in voornoemd arrest van de Hoge Raad wél het geval was, dat op grond van de redelijkheid en billijkheid de ziektekostenverzekeraar in zijn (eerste) heroverweging niet meer kan terugkomen




op de summere afwijzingsgrond die hij in zijn primaire beslissing heeft vermeld. Zeker niet nu door verzoekster, naar aanleiding van de primaire beslissing en ook daarna, verschillende keren aanvullende informatie is verstrekt, met het doel de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing te laten heroverwegen. Dat dit tot een aanvulling of wijziging van de afwijzingsgrond kan leiden, ligt voor de hand.




Conclusie



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 25 oktober 2017,



A.I.M. van Mierlo

