



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, 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, medisch specialistische zorg, schouderoperatie, stand van de wetenschap en praktijk, redelijkerwijs aangewezen

Zaaknummer : 201700622

Zittingsdatum : 4 april 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. 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 Zorg-op-maat polis (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 Plus 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een schouderoperatie, te weten een neerplastiek en cuffherstel, uit te voeren te Brussel, België. Bij brief van 1 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft zich daarna tot een andere arts gewend, en bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een arthroscopisch cuffherstel van de linkerschouder, uit te voeren te Deurne, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing van 2 januari 2017 gevraagd. Bij brieven van 2 en 20 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 29 september 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 januari 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft niet gereageerd op de vraag van de commissie of zij wil worden gehoord. Daarom is zij uitgenodigd voor een hoorzitting in persoon. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Bij brief van 17 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 februari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018003035) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een operatie om de ruptuur van de schoudermanchet (rotator cuff) te repareren. Een operatieve interventie bij een scheur in een van de pezen van de rotator cuff kan zijn geïndiceerd als na zes maanden conservatieve behandeling nog steeds klachten bestaan. Het is aan de behandelend arts om, aan de hand van klachten en gewenst niveau van functioneren van de patiënt, en lichamelijk en beeldvormend onderzoek te oordelen of een chirurgische cuff reparatie is geïndiceerd. Met name de aard en de compleetheid van de cuff ruptuur en de mate van retractie en/of atrofie bepalen of een reparatie nodig en (nog) mogelijk is. De vraag is dus of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde operatie.
- Het Zorginstituut heeft voornoemde vraag als volgt beantwoord: *"Op 2 november 2016 heeft [de] behandelend orthopedisch chirurg een aanvraag ingediend voor een neerplastiek en cuffsutuur van de linkerschouder vanwege chronische last van de linkerschouder, sterke mechanische pijn maar ook nachtelijke pijn. Conservatieve behandeling (fysiotherapie, rust, nsaid) geeft volgens behandelend arts geen effect. Een scan toont een losliggend bot in de schouder, peesscheur aan de supraspinatus en kraakbeenletsel van glenoid. Voor een second opinion werd verzoekster op 30 december 2016 gezien door een andere orthopedisch chirurg. Deze geeft aan dat sprake is van schouderklachten die haar ernstig hinderen in het uitoefenen van haar beroep. Beeldvorming elders toont een letsel van de supraspinatuspees bij impingement. Gezien het niet vorderen van het beloop ondanks intensieve conservatieve therapie werd besloten over te gaan tot operatieve behandeling. Verzoekster geeft aan sinds 2014 af en toe schouderklachten te hebben. In augustus 2016 had zij pijn direct na een verkeerde beweging. In 2015 en 2016 heeft zij meerdere behandelingen gevolgd waaronder fysiotherapeutische en alternatieve behandelingen en diverse injecties en medicatie. Met de beschikbare informatie is niet te beoordelen of er adequate conservatieve therapie is gegeven nadat de diagnose letsel van de supraspinatuspees bij impingement werd gesteld. Onduidelijk is welke conservatieve behandelingen zijn uitgevoerd en het blijkt niet dat de behandelingen die verzoekster heeft ondergaan specifiek hierop waren gericht."*
- Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 maart 2018 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 april 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoekster in de gelegenheid wordt gesteld de fysiotherapeut te vragen om een verklaring over de destijds verleende therapie, in het bijzonder of deze betrekking had op de schouder en welke behandeling is gegeven.

Verzoekster heeft op 20 april 2018 nadere informatie aan de commissie gezonden. Deze stukken zijn op 23 april 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren.

De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 april 2018 zijn reactie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.13. Bij brief van 3 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 mei 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat ook uit de aanvullende informatie niet blijkt dat verzoekster redelijkerwijs (al) was aangewezen op een operatie om de ruptuur van de schoudermanchet (rotator cuff) te repareren. De behandelingen door de fysiotherapeut blijken hier niet specifiek op gericht te zijn geweest. Opgemerkt zij, dat behandeling van een rotator cuff ruptuur niet is gericht op het herstellen van de scheur, maar op het verminderen van de klachten.
- Een afschrift van dit advies is op 22 mei 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft sinds 2014 last gehad van schouderklachten en daarom is zij destijds op advies van de fysiotherapeut begonnen met zwemmen. Zij werd in 2015 gedurende een aantal maanden behandeld door de fysiotherapeut. In augustus 2016 heeft verzoekster een verkeerde beweging gemaakt, waardoor zij direct veel pijn had. In 2015 en 2016 heeft zij diverse behandelingen en therapieën gevolgd vanwege haar schouderklachten, te weten:

- * diverse soorten fysiotherapie: manuele therapie, dry needling, Mulligan, oefeningen, rust
- * diverse soorten massages
- * alternatieve behandelingen
- * diverse injecties in verband met de overbelasting
- * diverse medicatie: ibuprofen 600mg, Diclofenac, Naproxen, Tramadol
- * zwemmen
- * yogarollen om haar schouder en nek te ontspannen
- * gebruik van een sling
- * gebruik van een rugband voor houdingondersteuning
- * aanschaf nieuw matras

De pijn bleef evenwel aanhouden. Verzoekster heeft daarom een scan laten maken. Op de scan was een scheurtje in de pees zichtbaar. Haar is verteld dat dit niet kon genezen met behulp van een injectie of fysiotherapie. Door de klachten kon verzoekster haar werkzaamheden niet dan wel slechts gedeeltelijk verrichten.

- 4.2. Op 2 november 2016 heeft de orthopedisch chirurg te Brussel ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een neerplastiek en cuffherstel van de linkerschouder, uit te voeren in het Parc Leopold ziekenhuis te Brussel. De arts licht de aanvraag als volgt toe: *"chronische last in de linker schouder, sterke mechanische pijn maar ook nachtelijke pijn. conservatieve behandeling geeft geen effect. fysiotherapie, rust, nsaid; klinisch beeld van subacromiaal impingement en cufflijden van de linkerschouder de arthro ct scan toont een losliggend bot in de schouder, peesscheur aan de supraspinatus, en kraakbeenletsel van glenoid."*

Op 30 december 2016 heeft verzoekster een second opinion laten verrichten door de orthopedisch chirurg van het AZ Monica te Deurne. De uitkomst hiervan is als nieuwe aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, en luidt als volgt: *"Ik zag bovengenoemde patiënte op de raadpleging Orthopedie op 30/12/2016."*

Er zijn schouderklachten links dewelke haar ernstig hinderen in het uitoefenen van haar beroep. Beeldvorming elders genomen toont een letsel van de supraspinatuspees bij impingement. Gezien het niet vorderen van het beloop ondanks intensieve conservatieve therapie, werd na het bespreken van een en ander volgens informed consent besloten over te gaan tot operatieve behandeling. Deze bestaat uit een arthroscopische cuff repair met nettoyage en reïnsertie van de supraspinatuspees alsook een decompressie. De verwachting is dat deze plaatsvindt in februari 2017. Een volledig herstel is voorzien."

Hierop volgde een afwijzing van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. Ondanks de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster het arthroscopische cuffherstel op 7 februari 2017 in Deurne laten uitvoeren. Tijdens de operatie bleek dat het letsel groter was dan op de scan was te zien. De pees was meer dan 50 percent van het bot afgescheurd. Verzoekster stelt dat een afgescheurde pees niet vanzelf kan dichtgroeien en dat iemand hiermee niet kan blijven functioneren. Zij benadrukt dat het een noodzakelijke ingreep was.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn afwijzende beslissing genomen op basis van literatuur uit 2007. Deze literatuur is dus reeds tien jaar oud. Daarnaast is geen contact opgenomen met de behandelend arts, en zijn geen scans of foto's van verzoekster geraadpleegd.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij bij de commissie is vanwege twee redenen: (i) de ziektekostenverzekeraar stelt dat zij geen conservatieve behandelingen heeft ondergaan, hetgeen onjuist is, en (ii) de ziektekostenverzekeraar ziet niet de ernst van haar aandoening in. Zij heeft in het verleden diverse blessures gehad en is hiervoor behandeld. Zij wist dat het deze keer veel erger was. Als de aandoening in Nederland was behandeld, was zij dichtgenaaid en was gezegd dat het niet meer goed zou komen. Nu is zij hersteld. Inmiddels kan zij haar schouder weer helemaal gebruiken. Zij heeft alle nota's van de fysiotherapeut waar zij behandelingen voor haar schouder heeft gehad uitgeprint, en vraagt zich af wat er fout gaat. Het kan zijn dat de fysiotherapeut niet de goede codes declareert. Daarnaast gevraagd, antwoordt verzoekster dat zij bij de fysiotherapeut onder behandeling is geweest vanaf ongeveer 3 november 2014 tot ongeveer 16 december 2014. Zij heeft ook medicatie gehad. Op advies van de fysiotherapeut is zij rustig aan gaan doen en gaan zwemmen. Daardoor kreeg zij juist last van haar schouder. Van maart tot april 2015 is zij weer bij de fysiotherapeut geweest. Daarna waren de klachten weer minder. Zij heeft op enig moment injecties gekregen in België. Deze kreeg zij niet in haar schouder, maar in haar arm. Het werkte echter door in haar schouder. De arts vertelde haar dat er iets bij haar niet goed zat. Hij wilde een kijkoperatie uitvoeren, maar uiteindelijk is een complete schouderoperatie aangevraagd. Dit wilde verzoekster echter niet en daarom heeft zij een second opinion laten uitvoeren. Verzoekster merkt op dat het Zorginstituut uitgaat van een situatie uit 2009 en de ziektekostenverzekeraar zelfs uit 2007. Er is veel recentere informatie beschikbaar waaruit volgt dat in haar situatie wél kan worden ingegrepen. De spier is gewoon afgescheurd geweest, en het Zorginstituut gaat uit van onjuiste informatie. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar niet kan zien waarvoor de fysiotherapie destijds is gegeven. De behandelend fysiotherapeut weet niet meer wat hij destijds allemaal heeft gedaan; hij heeft immers nog meer patiënten. De ziektekostenverzekeraar gaat volgens de arts uit van radiologische gegevens, terwijl het een puur klinische diagnose is (e-mailbericht van 9 december 2016). Verzoekster stelt dat het scheurtje in haar schouder is doorgescheurd omdat het te lang duurde. Het kan ook zijn veroorzaakt doordat de fysiotherapeut aan haar arm heeft getrokken. De arts bij wie zij de second opinion heeft gehad, heeft uiteindelijk de afscheuring geconstateerd. Hij heeft gezegd dat dit niet kon worden hersteld met fysiotherapie.
- 4.6. Na de hoorzitting heeft verzoekster het e-mailbericht van de fysiotherapeut van 18 november 2016 overgelegd. De fysiotherapeut verklaart hierin als volgt: *"Betreffende patiënte is in de periode van 26-08 t/m 10-10 jl bij onder behandeling geweest. In eerste instantie betrof haar hulpvraag voet- en lage rugklachten. Tijdens de behandeling kreeg de patiënte na een sportactiviteit last van haar linker schouder. Er was m.i. sprake van impingementverschijnselen. De voet- en rugklachten namen*

snel af. De schouderklachten persisteerden. Vanwege het geringe resultaat heeft de patiënte advies gevraagd aan de huisarts. De behandeling is toen gestaakt."

Voorts heeft verzoekster een ongedateerd schrijven van een andere fysiotherapeut overgelegd waarop staat dat dit het behandelplan is. Hierin wordt het volgende verklaard: "Fysiotherapeutische behandelingen november 2014:

- 1. mobilisaties thoracale wervelkolom en huiswerk oefeningen thoracale wervelkolom*
- 2. dry needling supra- en infraspinatus en de introductie van de 5 p's om de linker schouder te versterken, zie bijlage 5 p's*
- 3. De oefeningen voor haar schouder heeft ze in een fitnesscentrum uitgevoerd en werden door mij daar waar nodig gecorrigeerd en aangepast.*

Fysiotherapeutische behandelingen maart 2015:

- 1. Mobilisaties CWK en TWK, en houdingscorrecties voor haar zittend werk*
- 2. Dry needling CWK, CTO en schoudermusculatuur*
- 3. Het programma voor haar schoudergordel deed ze nog steeds zelf in de fitness*

Fysiotherapeutische behandelingen april 2016:

- 1. Algemene mobilisaties van de rug en huiswerk oefeningen*
- 2. Rekkingsoefeningen nek/schoudermusculatuur*
- 3. Dry needling schoudermusculatuur met name de levator scapulae en supraspinatus"*

Daarnaast heeft verzoekster een artikel over schouderrevalidatie overgelegd.

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 de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg indien deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat uit de geraadpleegde wetenschappelijke literatuur en de richtlijnen van de beroepsgroep niet eenduidig kan worden geconcludeerd dat de uitgevoerde arthroscopische operatie voldoet aan dit criterium.

In reactie op de door de Ombudsman Zorgverzekeringen gestelde vraag ten aanzien van de indicatie, heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelend chirurg om een nadere toelichting gevraagd. In de praktijk worden twee uitzonderlijke situaties met name genoemd waaruit mogelijk een operatie-indicatie zou kunnen voortvloeien. Daarom is de behandelend chirurg verzocht het volgende aan te tonen:

*"1 dat het voorliggende conservatieve traject wel adequaat is doorlopen,
2 dan wel op basis van welke bevindingen en conform welke wetenschappelijke inzichten en richtlijnen er wel een operatie-indicatie zou zijn,
3 dat en hoe mogelijke complicaties en consequenties van opereren op de korte en langere termijn, overwegingen inzake de kans op heroperaties en ondoelmatigheid (in financiële en medisch inhoudelijke zin) is ingeschat."*

Op 19 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar van de behandelend chirurg het medisch attest van 23 mei 2017 en de preoperatieve beelden ontvangen. In dit medisch attest wordt geen bewijs geleverd in antwoord op vraag 1.

Voor het antwoord op vraag 2 verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de passage uit voornoemde brief: "Uit de literatuur en onze ervaring is geweten dat symptomatische letsels van de rotator cuff onder de vorm van een pasta laesie bij jonge en actieve patiënten, bij het falen van conservatieve therapie, een goede kans maken na een heelkundige behandeling op een goed functioneel resultaat."

De medisch adviseur heeft vanuit de marginale toets op de vigerende wetenschappelijke literatuur, richtlijnen en gebruiken binnen de beroepsgroep medegedeeld wat hem bekend is en in geding is gebracht. Expliciet is gevraagd naar mogelijke andere gepubliceerde wetenschappelijke inzichten, aanvullende literatuur en/of richtlijnen. Deze bewijzen worden echter niet gegeven door de behandelend chirurg. De aangeleverde passage biedt de medisch adviseur geen enkel houvast om alsnog de aanvraag anders te beoordelen dan tot nu toe, met alle zorgvuldigheid, is gedaan.

De behandelend chirurg geeft voorts geen antwoord op vraag 3. Voornoemde passage vormt geen concreet antwoord.

Bij afwezigheid van concrete antwoorden blijft de eerdere beoordeling van de aanvraag door de medisch adviseur in stand.

Ten aanzien van de ontvangen preoperatieve beelden verklaart de medisch adviseur dat de laesie, zoals beschreven door de behandelend chirurg, evident is. Daarin ligt ook niet het verschil van de beoordeling.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat als wél geoordeeld zou moeten worden dat de aangevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding hiervan, omdat zij niet redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling nu geen sprake is van een doorlopen voorliggend conservatief traject. Uit de brief van verzoekster van 5 januari 2017 blijkt dat in de periode 2015-2016 diverse behandelingen hebben plaatsgevonden. De opsomming betreft een mix van alternatieve en mogelijk gebruikelijke behandelingen. Een concreet beeld over ten minste zes maanden conservatieve therapie kan hieruit evenwel niet worden gereconstrueerd. Wanneer, welke, in welke frequentie, van welke aard, intensiteit en met welke mate van therapietrouw deze conservatieve behandelingen zijn uitgevoerd, is niet bekend. Of na de plotselinge verergering van de klachten, ten gevolge van een oefening in augustus 2016, de conservatieve therapie na dat luxerende moment volledig en adequaat is doorlopen, blijft derhalve onbekend. Bij de beoordeling van de aanvraag is ervan uitgegaan dat deze conservatieve therapie niet, dan wel niet volledig, dan wel ontoereikend is geweest. De medisch adviseur concludeert op basis van de ter beschikking staande feitelijke gegevens in het dossier, dat geen bewijzen zijn geleverd voor een doorlopen voorliggend conservatief traject.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft het advies van zijn medisch adviseur in de procedure gebracht. Hierin is vermeld welke zoektermen hij heeft gebruikt, welke artikelen hij heeft gevonden, en is zijn bespreking van (een deel van) deze artikelen opgenomen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet is gebleken dat conservatieve behandelingen hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar kan zien dat er fysiotherapie is gegeven, maar niet waarvoor. In verband met de privacy krijgt de ziektekostenverzekeraar niet alle gegevens, zeker als de vergoeding plaatsvindt ten laste van de aanvullende verzekering. Dan wordt gedeclareerd met heel algemene codes. Voor zover de zorgverzekering aan de orde is, speelt de vraag naar de stand van de wetenschap en praktijk. De medisch adviseur kijkt volgens strikte voorwaarden naar de beschikbare literatuur. Het is niet zo dat de ziektekostenverzekeraar er alles aan doet om niet te hoeven betalen. Als de fysiotherapeut alsnog een verklaring afgeeft over de behandeling van de aandoening kan de zaak opnieuw worden beoordeeld. De fysiotherapeut moet destijds een behandelplan hebben opgesteld.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 april 2018 gereageerd op de door verzoekster ná de hoorzitting overgelegde informatie. De ziektekostenverzekeraar ziet naar aanleiding van voornoemde informatie geen reden zijn standpunt te wijzigen. De brief van de fysiotherapeut van 18 november 2016 was al in het bezit van de ziektekostenverzekeraar. Uit deze brief kan niet worden opgemaakt welke behandeling heeft plaatsgevonden voor de klachten aan de schouder. Er worden in deze brief ook klachten aan de voet en lage rug genoemd. Uit de brief blijkt niet welke behandeling van de schouder heeft plaatsgevonden. Het behandelplan van de andere fysiotherapeut heeft betrekking op de periode vóór het ontstaan van de klachten. Uit het dossier blijkt immers dat de klachten in augustus 2016 zijn ontstaan.
- 5.6. 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 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 de te Deurne, België, uitgevoerde schouderoperatie, 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 zorg van door de zorgverzekeraar 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:

"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang :

"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 .

(...)"

8.5. Artikel A.3.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...) 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;

(...)

- 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.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde

risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, 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.

- 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 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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 heeft aanvankelijk een aanvraag gedaan voor een te Brussel uit te voeren behandeling. Nadat de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar was afgewezen, heeft verzoekster een second opinion laten uitvoeren te Deurne. De bevindingen van de arts aldaar zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, die deze heeft opgevat als een aanvraag voor een arthroscopisch cuffherstel, en hierop afwijzend heeft beslist. Vervolgens heeft verzoekster de behandeling te Deurne ondergaan. Thans claimt zij vergoeding van de hiermee gemoeide kosten. Aangezien sprake is van geplande zorg, is artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 van toepassing.

- 9.2. Op basis van de verordening dient de behandeling te behoren tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont voorziet. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of een arthroskopisch cuffherstel van de (linker)schouder, zoals uitgevoerd bij verzoekster, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2 van de zorgverzekering.
- 9.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 19 februari 2018 vermeld dat in het advies uit 2009 het toenmalige College voor zorgverzekeringen heeft geoordeeld dat een operatieve interventie bij een scheur in één van de pezen van de rotator cuff kan zijn geïndiceerd indien na zes maanden conservatieve behandeling nog steeds klachten bestaan. De commissie concludeert hieruit dat de onderhavige ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De volgende vraag die dient te worden beantwoord is of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op deze ingreep.
- 9.4. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde gezien zijn indicatie redelijkerwijs is aangewezen, en dat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 19 februari 2018 verklaard dat uit de beschikbare informatie niet is te beoordelen of een adequate conservatieve therapie is gegeven nadat de diagnose letsel van de supraspinatuspees bij impingment werd gesteld; het is onduidelijk welke conservatieve behandelingen zijn uitgevoerd en het blijkt niet dat de behandelingen die verzoekster heeft ondergaan, specifiek hierop waren gericht. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie van de behandelen fysiotherapeut over te leggen. Het Zorginstituut heeft hier kennis van genomen en de commissie bericht dat ook uit de aanvullende informatie niet blijkt dat verzoekster redelijkerwijs (al) was aangewezen op een operatie van de ruptuur van de schoudermantel (rotator cuff) te repareren. De behandelingen door de fysiotherapeut blijken hier niet specifiek op gericht te zijn geweest. Het Zorginstituut handhaaft daarom het op 19 februari 2018 gegeven advies tot afwijzing van het verzoek voor zover het althans de zorgverzekering betreft. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Aangezien verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde ingreep, werd de toestemming op grond van de verordening terecht onthouden en heeft verzoekster ook op basis van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de te Deurne uitgevoerde behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

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, 13 juni 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester