



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, debulking operatie in combinatie met HIPEC, leiomyosarcoma, stand wetenschap en praktijk, doelmatigheid

Zaaknummer : 201503259

Zittingsdatum : 28 september 2016



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



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

1. Partijen



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

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een debulking operatie in combinatie met Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC), uitgevoerd te Stralsund, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 oktober 2015 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 8 april 2016 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 e-mailbericht van 19 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is dezelfde dag aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 25 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016096701) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk toe te wijzen in die zin dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de resectie van tumoren, maar niet op vergoeding van de HIPEC-behandeling. Op basis van de in het dossier aanwezige gegevens lijkt het enige verschil tussen de operatie in 2014 en de operatie in 2015 te zijn dat in 2015 na de resectie verwarmde chemotherapie in de buikholte is gegeven. De HIPEC-behandeling wordt in Nederland thans alleen vergoed in het kader van voorwaardelijke toelating. Dit op zichzelf maakt duidelijk dat HIPEC nog niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit wordt ondersteund door het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar. Zowel CIGNA als AETNA geven aan dat HIPEC in bepaalde gevallen wel wordt vergoed, maar in andere gevallen, waaronder leiomyosarcoma, als experimenteel wordt beschouwd. Resectie van de tumor is de gouden standaard bij de behandeling van retroperitoneale tumoren en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De aanvullende behandeling met HIPEC voldoet echter inderdaad nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 3 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Tevens is het Zorginstituut gevraagd welke DBC passend is voor de debulking operatie (resectie tumoren). Bij brief van 19 oktober 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht en hierbij de conclusie van het voorlopig advies herhaald. Met betrekking tot de vraag welk DBC-zorgproduct het meest passend is voor de resectie van de tumoren geldt het volgende. Het te gebruiken DBC-zorgproduct is afhankelijk van de gekozen behandeling en de diagnose. Bij verzoekster is sprake geweest van een laparotomie met resectie van metastasen van een leiomyosaroom. Een passende DBC-zorgproductcode is 029399042 (Uitgebreide operatie bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van bot, kraakbeen of weke delen). Een afschrift van het definitief advies is op 20 oktober 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. In 2011 is bij verzoekster leiomyosarcoma (wekedelen-kanker) vastgesteld. Na behandeld te zijn geweest in een ziekenhuis in Nederland is zij in augustus 2014 geopereerd in een kliniek te Stralsund (Duitsland). Deze operatie is vergoed conform de toen geldende verzekeringsvoorwaarden. In juli 2015 is verzoekster wederom geopereerd, waarbij tevens een HIPEC-behandeling is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen omdat de betreffende behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Volgens de ziektekostenverzekeraar dienen wetenschappers overal ter wereld daartoe genoeg bewijs te hebben geleverd dat een behandeling meerwaarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling.

-  4.2. Verzoekster verklaart dat leiomyosarcoma een zeer zeldzame vorm van kanker is. Er zijn geen statistieken van de werking van behandelingen met voldoende waarde, hetgeen pleit voor een individuele aanpak. Wetenschappelijk onderzoek baseert zich op relatief kleine onderzoeksgroepen, waarbij vaak geen rekening wordt gehouden met het subtype van kanker. Verzoekster heeft gekozen voor behandelingen die het beste passen bij haar situatie, zodat zij zo lang mogelijk fit blijft en met de hoop dat in de toekomst een effectieve behandeling beschikbaar is. Verder bestaat er geen specifieke 'klassieke' behandeling voor uitgezaaide leiomyosarcoma. Ook is er (nog) geen kans op genezing. Er is hooguit een beperkt aantal gangbare behandelingen mogelijk met chemotherapie, waarbij niet iedere patiënt hetzelfde traject doorloopt. Het te volgen traject is afhankelijk van de gesteldheid van de patiënt, de persoonlijke voorkeuren met betrekking tot bijwerkingen en de visie van de behandelend arts.
-  4.3. Voorts heeft de uitgevoerde operatie een meerwaarde ten opzichte van de 'klassieke' behandeling. Volgens een fase drie trial is de meerwaarde van een 'klassieke' behandeling (in casu: chemotherapie en het gebruik van het middel pazopanib) een verbetering van drie maanden in de "main progression free survival" (tijd tussen de eerste behandeling en de terugkeer van de ziekte) ten opzichte van een placebo. Na de debulking operatie had verzoekster echter gedurende bijna een jaar geen zichtbare terugkeer van de ziekte. Dit wordt ondersteund in de studie "The value of Surgery for Retroperitoneal Sarcoma" (Hindawi Publishing Corporation, Sarcoma, Volume 2009, Article ID 605840, 6 pages. Sepideh Gholami, Stanford University School of Medicine). Gedurende dat jaar heeft verzoekster een zeer goede kwaliteit van leven gehad.
-  4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de operatie in 2015 niet vergelijkbaar is met de operatie die is uitgevoerd in 2014. Verzoekster bestrijdt dit. Zij stelt dat beide operaties tot doel hadden de 'tumorload' te verminderen en complicaties te voorkomen. De behandelend arts van de Duitse kliniek verklaart in zijn e-mailbericht van 16 november 2015 dat de operaties kunnen worden beschouwd als identiek dan wel vergelijkbaar.
-  4.5. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zijn stelling dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet onderbouwt. Daarnaast gaat de ziektekostenverzekeraar voorbij aan de verklaring van de behandelend arts dat beide operaties identiek dan wel vergelijkbaar zijn.
-  4.6. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat voorafgaand aan de behandeling geen toestemming is gevraagd dan wel verleend. Dit argument is niet eerder aangehaald door de ziektekostenverzekeraar. Daarbij is verzoekster van mening dat zij op 30 juni 2016 met een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar telefonisch heeft besproken dat het niet nodig was voorafgaand aan de operatie een aanvraag in te dienen. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde registratie van het betreffende telefoongesprek kan verzoekster dan ook niet plaatsen. Indien haar was medegedeeld dat voorafgaand een aanvraag moest worden ingediend, had zij dit zeker gedaan. Zij had namelijk geen enkele reden dit niet te doen.
-  4.7. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat een HIPEC-behandeling bij een leiomyosarcoma in de buik niet gebruikelijk is. De HIPEC-behandeling is echter niet de essentie van de behandeling. In casu gaat het om de debulking operatie, die identiek dan wel vergelijkbaar is met de operatie in 2014. De HIPEC-behandeling kon hierbij zonder veel risico en moeite worden uitgevoerd als zijnde een extra kans. Deze extra kans is niet onrealistisch, gelet op een aantal publicaties over HIPEC en sarcoma.
-  4.8. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af of een vijfde debulking operatie zinvol is, gezien de staat van de buikholte en de perifere metastasering. Verzoekster stelt dat dit slechts een aanname is. De ziektekostenverzekeraar kent de staat van haar buikholte immers niet. Naar de mening van een

vooraanstaand kankerspecialist is het zinvol verzoekster te (blijven) opereren in combinatie met medicatie, zeker gezien haar leeftijd en gesteldheid.

- 4.9. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar aanpak bestaat uit het pakken van kansen, het zoeken naar maatwerk en het verder kijken dan je neus lang is. Daarbij wordt samengewerkt met medisch specialisten in Nederland (LUMC en Radboud), Duitsland, en de Verenigde Staten (Boston). Verzoekster gaat niet over één nacht ijs. De onderhavige operatie was een kans en het was zeker zinvol deze te pakken. Verzoekster is nu fit, hetgeen belangrijk is. De ziekte is niet weg, maar wordt onderdrukt in afwachting van betere kansen. Volgens het Zorginstituut is HIPEC niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het gaat echter met name om de operatie. Voor de HIPEC-behandeling gold meer: 'baat het niet, dan schaadt het niet'. De kosten zijn ook niet apart berekend op de nota. Overigens is de nota in lijn met die van het jaar ervoor. De ziektekostenverzekeraar hecht geen waarde aan de deskundigheid van de behandelend professor. Hij heeft verzoekster echter verwezen, en zou dit niet hebben gedaan als hij de behandeling niet zinvol achtte. Over het vragen van voorafgaande toestemming lijkt een misverstand te zijn gerezen. Volgens informatie van de ziektekostenverzekeraar is het zinvol vooraf toestemming te vragen, maar op de website staat niet dat er niets wordt vergoed als dit wordt nagelaten. In reactie op de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding voor de operatie heeft verzoekster gesteld dat het ongeloofwaardig is dat het toegepaste tarief juist is. In Nederland zullen de kosten hoger zijn. Door de Helios kliniek is circa € 15.000,- berekend, en het Nederlandse tarief is zonder de restitutiekorting € 6.435,-. De achtergrond van dit grote verschil is onduidelijk.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De aanspraak op vergoeding van kosten vanuit de zorgverzekering wordt onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling moet voorts medisch noodzakelijk zijn en niet onnodig kostbaar en/of gecompliceerd. Een behandeling is pas gebruikelijk als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling of een behandeling gebruikelijk is, wordt aangesloten bij de in de medische wereld gangbare werkwijze van "Evidence Based medicine". Dit is het proces van systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing. Uit diverse objectieve en goede wetenschappelijke onderzoeken moet blijken dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling.
- 5.2. De operatie die verzoekster in 2014 heeft ondergaan is niet dezelfde als de operatie in 2015. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster bekeken en heeft verklaard dat een HIPEC-behandeling bij leiomyosarcoma geen gebruikelijke behandeling is. De medisch adviseur verwijst hierbij naar AETNA en CIGNA. Verder zullen er, gezien de vier eerdere operaties, veel adhesies en vergroeiingen in de buik aanwezig zijn en zal de operatie geen sinecure zijn geweest. De HIPEC-behandeling zal niet in alle kwadranten van de buik doordringen vanwege de littekenvorming tussen het viscerale en pariële peritoneum. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de behandeling (in 2015) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder is twijfelachtig of een vijfde debulking operatie medisch zinvol is.
- 5.3. Op 30 juni 2015 heeft de echtgenoot van verzoekster telefonisch contact opgenomen met een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. De volgende registratie is gemaakt van dit gesprek:

"Vraag

*Echtgenoot belde dat verz opnieuw moet worden geopereerd in Duitsland, zie vorige aanvraag
Uitleg vergoeding ongecontracteerde zorg, aanbod om inhoudelijk mee te kijken of zorg valt onder vergoeding BV*

Antwoord

*Informatie wordt per e-mail gestuurd:
verwijzing, behandelvoorstel en offerte."*

De ziektekostenverzekeraar heeft geen informatie ontvangen. Hij heeft verzoekster dan ook niet kunnen wijzen op eventuele financiële consequenties.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het advies van het Zorginstituut is voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze kan zich vinden in de conclusie dat de debulking operatie wel verzekerde zorg is, en de HIPEC-behandeling niet. Voor de debulking operatie is een vergoeding toegekend van € 4.826,84. Dit is 75% van het gecontracteerde tarief. Overigens is de vraag of een vijfde operatie zinvol was, bevestigend beantwoord. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het verschil tussen het notabedrag en de vergoeding is gelegen in het feit dat het Nederlandse tarief het resultaat is van onderhandelingen met de ziekenhuizen. Het tarief is het gemiddelde van de bedragen waarvoor is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast is een redelijk groot bedrag aan Wahlleistungen berekend. Die kosten vallen niet onder de dekking.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 op de bladzijden 6 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. De aanspraak op medisch specialistische zorg is geregeld op bladzijde 30 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, (...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze lijst vindt u op www.zn.nl.(...)"

- 8.4. De inhoud en omvang van de zorg is geregeld op bladzijde 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende passage luidt:

"De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.5. De indicatie en de doelmatigheid van de zorg zijn geregeld op bladzijde 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende passage luidt:

"Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

- 8.6. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld op bladzijde 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/ EERland of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. (...)"

- 8.7. Het bepaalde op bladzijde 7, 9 en 30 van de zorgverzekering is volgens het gestelde op bladzijde 7, onder het kopje 'Verzekeringsreglement', van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11 lid 1 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.9. 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.
- 8.10. 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 Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Dat dit niet nodig was, is door verzoekster weliswaar gesteld, maar blijkt niet uit de registratie van het telefoongesprek op 30 juni 2015. Integendeel, uit deze registratie valt op te maken dat een verwijzing, behandelvoorstel en offerte dienden te worden overgelegd. Hieraan is echter geen gevolg gegeven. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Ingevolge het gestelde op bladzijde 7 van de zorgverzekering, welke passage is gebaseerd op artikel 2.1 lid 2 Bzv, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. De vraag is derhalve of de door verzoekster ondergane debulking operatie in combinatie met een HIPEC-behandeling aan dit criterium voldoet.
- 9.4. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.5. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde - waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen - bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een debulking operatie in combinatie met een HIPEC-behandeling bij leiomyosarcoma is door het Zorginstituut in zijn advies van 25 augustus 2016 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat aanspraak bestaat op vergoeding van de resectie van tumoren, maar niet op die van de HIPEC-behandeling. Resectie van de tumor is de gouden standaard bij de behandeling van retroperitoneale tumoren en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De aanvullende behandeling met HIPEC voldoet daaraan echter (nog) niet. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

9.7. De commissie stelt vast dat de debulking operatie verzekerde zorg is in het kader van de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Beoordeling van de doelmatigheid van deze operatie is niet meer aan de orde, nu de ziektekostenverzekeraar ter zitting de vraag of een vijfde operatie zinvol was, bevestigend heeft beantwoord. Dit betekent dat thans nog de vraag resteert welk bedrag de ziektekostenverzekeraar dient te vergoeden voor de debulking operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding gebaseerd op DBC-zorgproduct 029399042 met omschrijving "*Uitgebreide operatie bij kanker van bot, kraakbeen of weke delen*". Uit het definitief advies van het Zorginstituut van 19 oktober 2016 blijkt dat deze DBC-zorgproductcode passend is voor de operatie (resectie tumoren/debulking). Uit de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders' voor het jaar 2015 van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat het tarief behorend bij voornoemde DBC € 4.826,84 bedraagt. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster uitgekeerd. De commissie concludeert dat de hoogte van de vergoeding door de ziektekostenverzekeraar correct is berekend, en dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding voor de debulking operatie ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de debulking operatie (resectie tumoren) tot een bedrag van € 4.826,84, ten laste van de zorgverzekering. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 9 november 2016,

H.A.J. Kroon