



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, chemotherapie, hyperthermie, opname, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201402363
Zittingsdatum : 20 mei 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5, Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 Agis Basispolis (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 Comfortpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Compleet 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 vergoeding van de kosten van chemotherapie en hyperthermie, alsmede van de bijbehorende opname, en een MRI-scan, uitgevoerd en uit te voeren te Krefeld (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor hyperthermie geen vergoeding wordt verleend, dat voor de chemotherapie vier maal maximaal € 718,77 wordt vergoed en dat de vergoeding voor een MRI-scan maximaal € 216,06 bedraagt.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 26 mei 2014 en 13 augustus 2014 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 14 december 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 17 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 maart 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 maart 2015 schriftelijke medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 april 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015023452) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat hyperthermie bij oligodendroglioom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat het hebben van AIHA niet per definitie een reden is voor een klinische opname bij behandeling met chemotherapie. Zodoende is geen sprake van verzekerde zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 april 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 23 april 2015 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Eind 2013 is bij verzoekster een hersentumor geconstateerd. Het gaat om gliomatosis cerebri op basis van een oligodendroglioom. Vanwege de uitgebreidheid van de tumor is zowel opereren als radiotherapie geen optie. Genezing is uitgesloten en de arts in Nederland kon niets anders voor verzoekster doen dan chemotherapie op palliatieve basis voorschrijven. Verzoekster hoorde van mensen die naar de Helios kliniek in Duitsland gingen voor chemotherapie in combinatie met hyperthermie, waarmee goede resultaten werden geboekt. Dit gaf verzoekster hoop op verbetering van haar gezondheidssituatie.
- 4.2. De huisarts heeft verzoekster op 7 januari 2014 verwezen naar de kliniek in Duitsland voor hyperthermie in verband met neurogliomatosis cerebri.
- 4.3. Vanaf maart 2014 is verzoekster onder behandeling van de kliniek in Duitsland. De laatste scan wees uit dat de tumor kleiner is geworden. De behandeling in Duitsland wordt tot verzoeksters verbazing niet volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster bestrijdt deze beslissing op de hiernavolgende gronden.
- 4.4. Andere Nederlandse patiënten van de kliniek ontvangen voor dezelfde behandeling wél volledige vergoeding ten laste van de basisverzekering. Verzoekster stelt dat de inhoud van de basisverzekering voor iedereen gelijk is en doet een beroep op het gelijkheidsbeginsel. Zij heeft recht op volledige vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts de medicijnen die verzoekster krijgt in de kliniek, maar niet de opname. Het argument hiervoor is dat de behandeling ook poliklinisch kan plaatsvinden. Verzoekster bestrijdt dit; haar behandelend arts heeft verklaard dat zij opgenomen moet worden in verband met het risico op epileptische aanvallen. De complicerende factor in de situatie van verzoekster is namelijk dat zij een auto-immuunziekte heeft, te weten auto-immuun hemolytische anemie. Haar bloedwaardes moeten extra in de gaten worden gehouden. Het luistert derhalve nauw om de juiste chemotherapie toe te dienen. De artsen in de kliniek willen

verzoekster vanaf de eerste dag van de chemotherapie tot één dag erna observeren. Er bestaat dus wel degelijk een medische noodzaak voor klinische opname. Het is al eens gebeurd dat verzoekster halverwege de week dermate ziek werd van de chemo dat de toediening direct werd gestopt, andere medicatie per infuus werd gegeven en de opname een paar dagen werd verlengd. Vergoeding van de opnamekosten is derhalve redelijk.

4.5. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hyperthermie een experimentele behandeling is, is onjuist. In Duitsland is hyperthermie een breed erkende aanvullende behandeling. Ook in Nederland wordt deze aanvullende behandeling toegepast, meestal alleen bij kwaadaardige tumoren. In de Helios kliniek wordt hyperthermie als integraal onderdeel van de behandeling tijdens de opname gegeven. Het wordt niet apart in rekening gebracht, net zo min als de psychologische ondersteuning en de fysiotherapie. Overigens zou verzoekster ook zonder de hyperthermie, voor de chemotherapie een week worden opgenomen.

4.6. Verzoekster heeft een restitutiepolis afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Zij is vrij in haar keuze voor een zorgverlener, ook in het buitenland. Dat de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft met de Helios kliniek doet dan ook niet ter zake. Verzoekster benadrukt dat de Helios kliniek een regulier ziekenhuis is, waarmee een aantal Nederlandse zorgverzekeraars een contract heeft. Dat geen volledige vergoeding wordt verleend door de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling in de Helios kliniek is teleurstellend en onrechtvaardig.

4.7. Aangaande het advies van het Zorginstituut merkt verzoekster het volgende op. De artsen in het VU Medisch Centrum te Amsterdam, die eind 2013 de diagnose stelden, gaven geen hoop en een levensverwachting van een jaar of drie. Op zoek naar alternatieven kwam verzoekster de Helios kliniek op het spoor. Na behandeling met chemotherapie en hyperthermie aldaar, gaat het beter met verzoekster. Naar verwachting is zij binnenkort weer volledig aan het werk. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op het criterium 'wetenschap en praktijk' lijkt maar deels terecht. Dat de behandeling zoals verzoekster die heeft gehad nog geen wetenschappelijke grond heeft mag zo zijn, maar vanuit de praktijk zijn diverse positieve resultaten te melden. Verzoekster verkeert in de gelukkige omstandigheid dat er voldoende financiële middelen zijn de behandeling te betalen, maar zij durft niet te denken aan hoe haar gezondheidssituatie zou zijn als die financiële middelen er niet zouden zijn geweest. Tot slot wijst verzoekster er nogmaals op dat zij de pech had bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd te zijn. Hierdoor is thans sprake van een geschil. Andere verzekeraars in Nederland hebben namelijk een contract met de Helios kliniek en als zij bij één van die verzekeraars zou zijn verzekerd, zou de onderhavige behandeling zijn vergoed vanuit de basisverzekering. Dit steekt en riekt naar ongelijkheid in het Nederlandse zorgstelsel.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft op 21 maart 2014 een aanvraag ingediend voor vergoeding van chemotherapie en hyperthermie in de Helios kliniek in Duitsland. Haar keuze voor de Helios kliniek staat niet ter discussie.

De ziektekostenverzekeraar verleent geen vergoeding voor hyperthermie ten laste van de zorgverzekering, omdat dit geen verzekerde zorg is. Het Zorginstituut stelt vast welke vormen van zorg onder de basisverzekering vallen. Een erkende behandeling is een behandeling die wetenschappelijk en in de praktijk is bewezen of een behandeling die volgens de specialisten van een bepaald vakgebied verantwoord en geschikt is. Dit is vastgelegd in artikel 7 van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft gekeken naar hyperthermie in combinatie met bepaalde aandoeningen. Of hyperthermie verzekerde zorg is, is te vinden in het document "Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode" van het Zorginstituut. Voor de hyperthermie kan ook geen vergoeding worden verleend ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Aangaande de chemotherapie is medegedeeld dat maximaal € 718,77 per behandeling wordt vergoed. Alle geneesmiddelen, de voor- en nabehandelingen, en het beoordelen van de MRI-scan vallen onder dit tarief. De prijs van een chemotherapie-behandeling verschilt per ziekenhuis. Verzoekster heeft zich tot een zorgverlener gewend waarmee de ziektekostenverzekeraar geen afspraken heeft. Bij een ziekenhuis waarmee de ziektekostenverzekeraar wel afspraken heeft is de maximale vergoeding hoger. De kosten van Temodal® ten bedrage van € 605,10 zijn aan verzoekster vergoed. Er wordt nooit meer betaald dan de daadwerkelijke kosten.

Voor het maken van de MRI-scan is een rekening van € 410,53 gedeclareerd. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar in Nederland betaalt voor een MRI-scan die geen onderdeel is van een DOT, is € 216,06. Deze vergoeding is gebaseerd op declaratiecode 081092 "MRI hersenen met contrast". Genoemd bedrag is aan verzoekster vergoed.

Omdat de ziektekostenverzekeraar geen afspraken met de Helios kliniek heeft, worden de kosten niet rechtstreeks aan de kliniek doch aan verzoekster uitbetaald.

- 5.2. De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar zien geen medische noodzaak voor een klinische opname. Verzoekster kreeg orale chemotherapie met Temodal®. Er was geen sprake van een opname in verband met intraveneuze therapie. Bijwerkingen door de medicatie (zoals afwijkende bloedwaarden) ontstaan pas na tien dagen. De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben geconcludeerd dat verzoekster hiervoor niet opgenomen hoeft te blijven. De behandelend arts van verzoekster kan de uitwerking van de medicatie ook poliklinisch volgen.

In Nederland is de behandeling met Temodal® geen klinische behandeling, maar een behandeling die thuis plaatsvindt. Het is een orale behandeling. Naast Temodal® krijgt een patiënt een tablet Fortecortin® tegen de misselijkheid. In de bijlage van Temodal® staat dat als sprake is van ongewenste bijwerkingen, de patiënt contact met het ziekenhuis moet opnemen. In deze bijlage staat het risico "*Krampanfall*" niet. De medische onderbouwing van de behandelend arts van verzoekster dat "*Bei der Patientin besteht die Gefahr eines Krampanfalls*" is onvoldoende om te concluderen dat bij behandeling met Temodal® klinische opname medisch noodzakelijk is. De medische gegevens over de (ernst van de) dehydratie die optrad tijdens de opname van 7 tot 12 september 2014 zijn te summier.

- 5.3. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat andere patiënten de hyperthermie wel uit de basisverzekering betaald krijgen, geldt dat ervan moet worden uitgegaan dat zorgverzekeraars de richtlijnen voor hyperthermie uniform en correct toepassen. Of andere zorgverzekeraars buiten de richtlijnen om de kosten van behandelingen met hyperthermie betalen is niet te verifiëren.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar gaat ook niet over tot vergoeding als achteraf blijkt dat een behandeling succes heeft. Het is fijn dat de behandeling bij verzoekster aanslaat, maar er wordt om die reden geen uitzondering voor haar gemaakt.

De ziektekostenverzekeraar ontvangt regelmatig verzoeken om kosten van niet-verzekerde zorg of experimentele behandelingen te betalen. In het toekennen van coulancessverzoeken is de ziektekostenverzekeraar zeer terughoudend. Als aan verzoekster een vergoeding wordt verleend voor niet-verzekerde zorg, leidt dit tot precedentwerking. Ook in andere, vergelijkbare gevallen moet de niet-verzekerde zorg dan worden vergoed. Doordat de ziektekostenverzekeraar zich houdt aan de polisvoorwaarden, wordt de rechtsgelijkheid van alle verzekerden gewaarborgd.

- 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 18 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 15 van de 'Algemene Voorwaarden' 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 15 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“a Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis

Omschrijving: medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, verloskundige als het verloskundige zorg betreft, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), optometrist als het om oogzorg gaat of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. (...)

8.4. Artikel 9 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving: farmaceutische zorg omvat (deel)prestatie farmacie, waaronder de terhandstelling van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien terhandstelling geschiedt dooreen apotheekhoudende die met de zorgverzekeraar een IDEEA-contract heeft gesloten;

b in andere gevallen: de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;

c mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:

• artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet, door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;

• artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of;

- *artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.*
d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
(...)

Zorgverlening: apotheekhoudenden: (internet)apotheek, apotheekketens, ziekenhuisapotheek, poliklinische apotheken, apotheekhoudend huisarts of andere zorgverleners waarmee Agis afspraken heeft gemaakt; voor dieetpreparaten ook andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

Prestatie: vergoeding van kosten van (deel)prestatie farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden met in achtneming van de regelgeving zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) en het bepaalde in het Achmea Reglement Farmacie.

Voorschrift: huisarts, tandarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of daartoe bevoegd verpleegkundige, met inachtneming van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en het nader bepaalde in het Achmea Reglement Farmacie.
(...)"

- 8.5. Artikel 15 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering betreft de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
(...)

6 Bij het invoeren van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het invoeren van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2a en 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van verstrekkingen, voorafgaande toestemming van Agis nodig, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.
(...)"

- 8.6. Artikel 7 lid 1 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering 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 het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Artikel 7 lid 2 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de vergoeding van de kosten plaatsvindt op basis van het overeengekomen tarief, het Wmg-tarief dan wel het maximaal in Nederland geldende marktconforme tarief.

- 8.7. De artikelen 2, 9 en 15 van de 'Lijst van verstrekkingen' en artikel 7 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.

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.

- 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 Duitsland, een andere EU-lidstaat, 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. 882/2004. Zij heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar niet om toestemming gevraagd. 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.
- 9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is allereerst de vraag of de gecombineerde behandeling van chemotherapie en hyperthermie dan wel hyperthermie afzonderlijk bij neurogliomatosis cerebri voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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 onderzoeksofzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blindering, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.


- 9.4. 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.
- 9.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 17 april 2015 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de (gecombineerde) behandeling met hyperthermie bij neurogliomatosis cerebri niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van hyperthermie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding verleend voor de kosten van Temodal® en voor de kosten van een MRI-scan. Deze vergoedingen zijn gebaseerd op de Nederlandse tarieven die gelden voor de betreffende zorg. Naar het oordeel van de commissie zijn deze vergoedingen conform de betreffende artikelen van de 'Lijst van verstrekkingen' respectievelijk artikel 7 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft geen vergoeding verleend voor de kosten van de opname in de Helios kliniek, omdat hiervoor volgens hem geen medische noodzaak bestaat. Verzoekster heeft dit bestreden, onder overlegging van een verklaring van de behandelend arts. Zij kampt met een auto-immuunziekte, waardoor haar bloedwaardes extra in de gaten moeten worden gehouden en er bij de toediening van Temodal® kans is op epileptische aanvallen.
- De commissie volgt verzoekster niet in haar standpunt. De verklaring van de behandelend arts in deze kan niet overtuigen. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, dat de behandeling met Temodal® normaliter in de thuissituatie geschiedt en dat eventuele bijwerkingen door de medicatie pas ontstaan na tien dagen. Van een medische noodzaak voor klinische opname vanwege de behandeling met chemotherapie is zodoende niet gebleken. De opname in de kliniek zal veeleer verband houden met de aldaar toegepaste



hyperthermie. Dit wordt bevestigd door verzoekster gezien haar stelling dat de hyperthermie als integraal onderdeel van de behandeling tijdens de opname wordt gegeven. Aangezien reeds is vastgesteld dat hyperthermie geen verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering, en de opname in de kliniek kennelijk verband houdt met deze behandeling, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze opname ten laste van de zorgverzekering.







Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



Conclusie

- 
- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 20 mei 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo







