



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, België, geneeskundige zorg, ovariumweefselfpreservatie, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201403112

Zittingsdatum : 30 september 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, 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 aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (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 Menzis ZorgPlus 3 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).

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 eicelvitricatie, ovariopexie en cryopreservatie van eicellen, uitgevoerd te Brussel, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een gedeeltelijke vergoeding wordt verleend op basis van het Nederlandse tarief voor een vitrificatie van eicellen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juli 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 ongedateerde brief, ontvangen op 12 maart 2015, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 brieven van 28 april 2015 respectievelijk 11 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 30 april respectievelijk 13 mei 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 mei 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 30 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 augustus 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015055679) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar een systematische review met een onderbouwde conclusie te laten opstellen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 augustus 2015 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut uit te voeren, en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 september 2015 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 september 2015 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld in te gaan op het advies van het Zorginstituut en het uitgevoerde onderzoek.
-  3.10. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben bij brieven van 11 oktober 2015 respectievelijk 14 oktober 2015 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze brieven zijn aan de wederpartijen gezonden. Verzoekster heeft bij brief van 19 oktober 2015 op de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  3.11. Bij brief van 27 oktober 2015 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 stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 30 november 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft ten aanzien van de ovariopexie voor behoud van ovariële functie/fertiliteit bij radiotherapie in het bekkengebied geconcludeerd dat sprake is van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De ingangsdatum van dit standpunt is bepaald op 25 juni 2014. Bepalend voor deze ingangsdatum is volgens het Zorginstituut het moment waarop de resultaten van het voor de vaststelling van het standpunt relevante wetenschappelijke onderzoek door publicatie aan de beroepsgroep kenbaar is gemaakt. Voor deze indicatie-interventiecombinatie is de beoordeling gebaseerd op de studie van Gubbala die is gepubliceerd in de editie van het 'Journal of Ovarian Research' van 25 juni 2014. Verzoekster heeft de ingreep evenwel op 11 juni 2014 ondergaan. Op dat moment was nog geen sprake van verzekerde zorg.
-  Met betrekking tot de uitname, cryopreservatie en transplantatie van gecryopreserveerd ovariumweefsel voor preservatie van ovariële functie en fertiliteit bij gonadotoxische behandelingen heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat dit geen zorg vormt conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.
-  Een afschrift van dit advies is op 1 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 8 december 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster is op de leeftijd van 24 jaar gediagnosticeerd met een rectumcarcinoom. Een adjuvante behandeling met chemo- en radiotherapie was noodzakelijk. In verband met een toekomstige kinderwens en het voorkomen van een vroegtijdige overgang, heeft de behandelend arts verzoekster doorgestuurd naar een specialistische fertiliteitskliniek van het Universitair Ziekenhuis Brussel (hierna: UZB). De fertiliteitsarts aldaar heeft een behandeling voorgesteld bestaande uit verwijdering en preservatie van één eierstok en verplaatsing van de andere eierstok. Deze behandeling is inmiddels uitgevoerd en is goed geslaagd. Er zijn zelfs meerdere eitjes verwijderd en ingevroren, samen met tweemaal elf fragmenten van het linker ovarium. Een en ander was het gevolg van een gunstig moment in de cyclus.
- 
- 4.2. In Nederland was reeds onderzocht of het mogelijk was eicellen van verzoekster in te vriezen. De betreffende behandeling bleek in haar geval niet aangewezen te zijn, aangezien deze bestaat uit stimulatie van de eierstokken en het vaginaal aanprikken van eitjes. Vanwege de locatie van het rectumcarcinoom zou in dat geval veel risico bestaan dat de tumor werd aangeprikt.
- 
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts een deel van de kosten, op basis van een DBC-zorgproduct dat betrekking heeft op vitrificatie van eicellen. In het UZB zijn echter ook kosten gemaakt voor een poliklinisch consult en voor de indicatiestelling. Toen behandeling mogelijk bleek, volgde de operatie met twee ligdagen. De kosten hiervan bedragen € 3.072,35 (klinische behandeling) respectievelijk € 140,58 (poliklinisch consult).
- 
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de door verzoekster ondergane behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Verzoekster wijst in dit kader op de landelijke richtlijn 'Cryopreservatie ovariumweefsel' van de werkgroep Oncologische Gynaecologie. Deze behandeling wordt door de werkgroep bij oncologiepatiënten aanbevolen. Weliswaar is in de richtlijn opgemerkt dat nog veel onderzoek dient te worden verricht, maar de richtlijn dateert al van 2007. Mogelijk zijn er inmiddels nieuwe ontwikkelingen. Het bevreemdt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar zoveel heeft te zeggen over een behandeling, die haar door de medisch specialist in het UZB als beste keuze in deze unieke situatie werd aanbevolen.
- 
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster medegedeeld dat haar nooit telefonisch vragen zijn gesteld door een arts van de ziektekostenverzekeraar. De communicatie verliep enkel via brieven, waarbij geen rekening werd gehouden met de unieke situatie waarin verzoekster verkeerde. Ten gevolge van adjuvante radiotherapie en chemotherapie vanwege endeldarmkanker, zou verzoekster met vroegtijdig verlies van haar ovariumfunctie worden geconfronteerd en in de overgang raken. Dit zou ten koste gaan van haar fertiliteit, terwijl verzoekster en haar partner een kinderwens hebben. De behandeling in Brussel bestond uit het aanprikken van een aantal eicellen en het invriezen hiervan. Verder werd één eierstok verplaatst (ovarioepexie), werd één eierstok verwijderd en werden tweemaal elf fragmenten hiervan ingevroren (cryopreservatie). Verzoekster heeft via internet diverse artikelen gevonden die betrekking hebben op deze behandelingen. Verzoekster kan begrijpen dat het invriezen van ovariumweefsel geen verzekerde zorg betreft, maar de ovarioepexie behoort in ieder geval voor vergoeding in aanmerking te komen.
- 
- 4.6. Bij brief van 11 oktober 2015 heeft verzoekster toegelicht dat tijdens de operatie een enxectomie links is uitgevoerd en een ovarioepexie rechts. Er is een biopsie afgenomen van het linker ovarium/adnex voor pathologisch onderzoek. Het linker ovarium is naar het preservatielaboratorium gestuurd voor verdere preservatie. Deze preservatietechniek is niet vermeld in het operatieverslag, maar de eicellen zijn buiten het lichaam onder de microscoop gepreserveerd.
- 
- 4.7. Bij brief van 8 december 2016 heeft verzoekster, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, medegedeeld het advies met veel interesse te hebben gelezen, en verheugd te zijn over delen hiervan. Wat het wel wrang maakt, is dat verzoekster, om in aanmerking te komen voor vergoeding, twee weken later had moeten worden geholpen. Ten tijde van de declaratie bij de

ziektekostenverzekeraar had deze kunnen weten dat het ging om een behandeling die inmiddels conform de stand van de wetenschap en praktijk was.

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. Medisch-specialistische zorg komt onder bepaalde voorwaarden voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Een van de voorwaarden waaraan dient te worden voldaan, is dat de behandeling gebruikelijk is en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor de specifieke behandeling van verzoekster, bestaande uit een unilaterale ovariëctomie en een ovariopexie van de contralaterale eierstok, is onvoldoende bewijs om te kunnen spreken van een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Met betrekking tot de ovariopexie heeft de ziektekostenverzekeraar slechts één beschrijvend artikel gevonden. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat geen evidence bestaat om te kunnen concluderen dat deze methode van preservatie van eicellen behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Verder is door het verkrijgen van eicellen door ovariëctomie contralateraal, deze methode als niet doelmatig te beschouwen en is sprake van een onnodig gecompliceerde en onnodig dure behandeling. De kosten van de behandeling komen daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 5.2. De behandeling waarbij eicellen worden ingevroren, is wel een verzekerde prestatie. Hiervoor is aan verzoekster 100 percent van het Nederlandse tarief vergoed, namelijk € 416,27 op basis van DBC-zorgproductcode 191127. Omdat de zorgaanbieder niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Deze aanspraak staat geheel los van de vergoeding van de onder 5.1 genoemde behandeling.
- 5.3. Bij brief van 3 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat onder de te verzekeren prestatie zijn begrepen follikelstimulatie, eicelpunctie en vitrificatie van eicellen. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen het derde onderdeel, dat ook is geleverd, vergoed op basis van DBC-zorgproductcode 191127. Dit kan als een losstaand onderdeel worden gezien, zodat geen vergoeding heeft plaatsgevonden van niet verzekerde onderdelen. Derhalve is geen sprake van substitutie.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de medisch adviseur is nagegaan of voldoende evidence bestaat voor de uitgevoerde behandelingen en of de behandelingen doelmatig zijn. Er bleek slechts één publicatie voorhanden te zijn. De medisch adviseur heeft hiervoor gezocht in internationale databases. De door verzoekster genoemde publicaties kunnen nog worden gecontroleerd. De behandeling bestaat enerzijds uit het veilig stellen van eicellen en anderzijds uit het voorkomen van het in de overgang raken op jonge leeftijd. De betreffende behandeling is niet doelmatig. De kosten van het invriezen van de eicellen zijn aan verzoekster vergoed, maar voor de overige kosten bestaat geen dekking onder de zorgverzekering.
- 5.5. Bij brief van 14 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de medisch adviseur de door verzoekster genoemde publicaties heeft beoordeeld, maar dat hij zijn standpunt handhaaft dat op basis van de beschikbare literatuur (nog) geen evidence is te vinden voor ovariopexie bij de behandeling van kanker. Er zijn wel protocollen/richtlijnen die zijn opgesteld voor en door de grotere kankercentra ten behoeve van deze behandeling. De behandeling wordt in voorkomend geval uitgevoerd met behulp van speciale onderzoeksbudgetten dan wel op basis van een academische component, maar maakt geen deel uit van de verstrekkingen binnen de Zvw.

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 A17 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog (volledig) 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 omschreven op pagina's 10 tot en met 43 van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina's 29 en 30 van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"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,*
- *laboratoriumonderzoek,*
- *mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. (...)"

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

"Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

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

- *recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag. Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.*

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. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.5. Op pagina's 6 en 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

"(...) 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. (...) 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. (...)"

- 8.6. Voornoemde voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens het bepaalde op pagina's 6 en 7 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.
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 dan wel, 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 is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, 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 tijdig om toestemming gevraagd. De ingediende aanvraag dateert van drie dagen vóór de ingreep, zodat de ziektekostenverzekeraar geen redelijke termijn is gegund om hierop te beslissen. Deze situatie dient te worden gelijk gesteld met die waarin in het geheel geen toestemming is gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in dat geval buiten toepassing. Getoetst dient daarom te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Naar de commissie begrijpt, bestond de behandeling in Brussel uit het aanprikken van een aantal eicellen en het invriezen hiervan. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een vergoeding van de kosten van eicelvitricatie, op basis van 100 percent van het maximale Nederlandse tarief, zodat hierover geen geschil bestaat.
Verder werd één eierstok verplaatst (ovariopexie), werd één eierstok verwijderd en werden tweemaal elf fragmenten hiervan ingevroren (cryopreservatie).
Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de behandeling met ovariopexie en cryopreservatie bij een rectumcarcinoom, met als doel behoud van fertiliteit en het voorkomen van vroegtijdige overgang, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 onderzoeksopzet, 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 van goede kwaliteit en van voldoende omvang waarvan

de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd, 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 ovariopexie en cryopreservatie bij een rectumcarcinoom, met als doel behoud van fertiliteit en het voorkomen van vroegtijdige overgang, is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het definitief advies van 30 november 2016 verwoord.

Met betrekking tot de uitname, cryopreservatie en transplantatie van gecryopreserveerd ovariumweefsel voor preservatie van ovariële functie en fertiliteit bij gonadotoxische behandelingen heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat dit geen zorg vormt conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut met betrekking tot dit onderdeel over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

- 9.7. Het Zorginstituut heeft daarentegen ten aanzien van de ovariopexie voor behoud van ovariële functie/fertiliteit bij radiotherapie in het bekkengebied geconcludeerd dat sprake is van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De ingangsdatum van dit standpunt is bepaald op 25 juni 2014. Bepalend voor de ingangsdatum is volgens het Zorginstituut het moment waarop de resultaten van het voor vaststelling van het standpunt relevante wetenschappelijke onderzoek door publicatie aan de beroepsgroep kenbaar is gemaakt. Voor deze indicatie-interventiecombinatie is de beoordeling gebaseerd op de studie van Gubbala die is gepubliceerd in de editie van het 'Journal of Ovarian Research' van 25 juni 2014. Verzoekster heeft de ingreep op 11 juni 2014 ondergaan. Op dat moment was nog geen sprake van verzekerde zorg, aldus het Zorginstituut. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.

In het rapport van het Zorginstituut 'Beoordeling stand wetenschap en praktijk' wordt toegelicht dat de publicatiedatum van een standpuntbepaling leidend is voor het antwoord op de vraag of een behandeling kan worden vergoed, tenzij aan de standpuntbepaling terugwerkende kracht wordt verleend. Hiervoor is in de onderhavige situatie niet gekozen. De commissie overweegt dat de keuze voor het al dan niet toekennen van terugwerkende kracht in zekere zin arbitrair is, en voorts dat het onderzoek al gedurende langere tijd liep, en dat het aannemelijk is dat de uitkomst hiervan ook twee weken vóór de publicatiedatum in het 'Journal of Ovarian Research' al bekend was.

De commissie volgt het advies van het Zorginstituut niet voor zover het de datum van 25 juni 2014 betreft, en is van oordeel dat het aannemelijk is dat de behandeling met ovariopexie ook ten tijde van het ondergaan hiervan door verzoekster, te weten op 11 juni 2014, conform de stand van de wetenschap en praktijk was en daarmee een verzekerde prestatie vormde onder de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden ook dit onderdeel van de zorg aan verzoekster te vergoeden, tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige behandelingen, zodat geen aanspraak bestaat op een (aanvullende) vergoeding op grond van deze verzekering.

Conclusie

9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.7. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

9.10. 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, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.7. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

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

Zeist, 25 januari 2017,

mr. drs. P.J.J. Vonk