

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : EU/EER, België, individueel preventief (beeldvormend) onderzoek (MRI-scan) in verband met pancreascarcinoom
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Rzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202201029
Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 20 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 juli 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 2 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 2 augustus 2022, aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 7 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022031111) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 september 2022 aan partijen gestuurd. Bij e-mailberichten van 20 september 2022 en 2 oktober 2022 heeft verzoeker op het desbetreffende advies gereageerd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 oktober 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de reacties van verzoeker van 20 september 2022 en 2 oktober 2022 zijn op 13 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 7 september 2022 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht de volgende vragen te beantwoorden:

"1) In het voorlopig advies worden zowel de termen pancreassurveillance als screening gebruikt. Volgens partijen zit er een verschil tussen beide termen. Kunt u toelichten wat het verschil is tussen pancreassurveillance en screening en wat dit betekent voor het advies?

2) In het advies staat dat er in FPC families eerst klinisch genetisch onderzoek dient plaats te vinden alvorens familieleden in aanmerking kunnen komen voor pancreassurveillance. Begrijpt de commissie goed dat het uitvoeren van klinisch genetisch onderzoek niet alleen geldt voor pancreassurveillance, maar ook een voorwaarde is voor screening?

3) Kunt u toelichten of het uitvoeren van klinisch genetisch onderzoek in alle gevallen als voorwaarde geldt, ook als twee of meer verwanten in de eerste graad zijn gediagnosticeerd?

4) Zo ja, wat betekent dit in de situatie van verzekerde waarbij het klinisch genetisch onderzoek is afgeraden omdat bij zijn broer geen bekende genetische afwijkingen zijn geconstateerd?"

Bij brief van 27 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 oktober 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 4 november 2022 heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de ziektekostenverzekeraar is geen nadere reactie ontvangen.

- 2.6. De reactie van verzoeker van 4 november 2022 is op 17 november 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of deze reactie aanleiding geeft om de eerdere uitgebrachte adviezen aan te passen. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht de volgende vraag te beantwoorden:

"Begrijpt de commissie het goed dat individueel preventief (beeldvormend) onderzoek, zoals een MRI-scan, alleen aan de orde is:

*- bij een verhoogd risico, zich uitend in gezondheidsklachten, op het krijgen van een ziekte;
- dan wel dat er sprake is van een aangetoond hoog risico op ziekte waarvan de interventie het risico aantoonbaar vermindert en dat in dit laatste geval de criteria gelden voor de uitvoering van pancreassurveillance zoals uiteengezet in uw advies van 7 september 2022?"*

Bij brief van 21 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een aanvullend definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 november 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 2 december 2022 heeft verzoeker gereageerd op het aanvullende definitief advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de ziektekostenverzekeraar is geen nadere reactie ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 3 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 28 maart 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van een MRI-scan in verband met pancreascarcinoom, uit te voeren te Hasselt, België, te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 6 mei 2022 afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 7 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 27 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 21 november 2022 heeft het Zorginstituut een aanvullend definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de MRI-scan in verband met pancreascarcinoom te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker heeft ter onderbouwing aangevoerd dat zijn broer medio 2021 te horen kreeg dat hij lijdt aan alvleesklierkanker. Hij is daarmee het derde familielid dat deze diagnose kreeg aangezien de oom en de vader van verzoeker hem voorgingen. Zij zijn uiteindelijk ook aan de ziekte overleden. De Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (hierna: StOET) heeft een richtlijn opgesteld en in deze richtlijn is opgenomen dat gesproken kan worden van familiair pancreascarcinoom als twee of meer verwanten de diagnose pancreascarcinoom hebben gekregen. Daarnaast wordt in voornoemde richtlijn geadviseerd om vanaf de leeftijd van 50 jaar jaarlijks een onderzoek te laten uitvoeren. Dit onderzoek moet plaatsvinden in een gespecialiseerd centrum.
Omdat verzoeker aan alle voorwaarden uit de StOET-richtlijn voldoet, heeft hij uitgezocht of er in Nederland en België gecontracteerde zorgaanbieders zijn die een dergelijk onderzoek willen uitvoeren. Nadat dit tot niets had geleid, is verzoeker uitgekomen bij het ziekenhuis in Hasselt. Een aldaar werkzame arts is gespecialiseerd in de behandeling van pancreascarcinomen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten van het onderzoek in Hasselt niet te vergoeden omdat dit niet in studieverband plaatsvindt. Volgens verzoeker wordt hiermee voorbij gegaan aan het feit dat sprake is van een verhoogd risico volgens de richtlijn en dat om die reden pancreassurveillance wordt aanbevolen. De Federatie Medisch Specialisten vermeldt dit op bladzijde 8 van de brochure Pancreascarcinoom: "Alle personen met een >10% lifetime risico op pancreascarcinoom komen in aanmerking voor pancreassurveillance en aan deze personen dient een verwijzing naar een gespecialiseerd centrum aangeboden te worden. Dit betreft: Eerstegraads verwanten van patiënten met pancreascarcinoom uit FPC families". Het kan toch niet zo zijn dat pancreassurveillance enerzijds wel wordt aanbevolen, maar dat anderzijds vanwege het ontbreken van studies geen onderzoek mogelijk is in Nederland en dat dit voor de ziektekostenverzekeraar een valide argument is om de kosten niet te vergoeden.
Verzoeker stelt zich dan ook op het standpunt dat sprake is van medisch specialistisch onderzoek dat op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering moet worden vergoed. Een MRI-scan om vroegtijdig een mogelijke tumor te ontdekken staat niet als zodanig vermeld onder de behandelingen die niet verzekerd zijn. Ook staat deze niet vermeld onder de behandelingen waarvoor voorafgaande toestemming nodig is.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat door zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut de termen 'pancreassurveillance' en 'preventieve screening' door elkaar worden gebruikt. Tussen beide termen zit een wezenlijk verschil. Bij een screening heeft de patiënt nog geen klachten terwijl dit bij pancreassurveillance wel het geval is. Verzoeker benadrukt dat het in zijn situatie gaat om vergoeding van de kosten van preventieve screening.
Verder voert verzoeker aan dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies opmerkt dat het aannemelijk is dat bij hem sprake is van Familiair Pancreascarcinoom (FPC). Dit is opmerkelijk omdat de nationale- en internationale richtlijnen hierover volstrekt helder zijn. Als voldaan is aan het criterium "twee of meer eerstegraads familieleden met de diagnose pancreascarcinoom" dan is sprake van FPC en daarmee van een verhoogd risico van 10-30% op het ontwikkelen van pancreascarcinoom.
Tot slot stelt verzoeker dat het Zorginstituut heeft nagelaten een juiste beoordeling te doen of preventieve screening voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Volgens het door het Zorginstituut zelf opgestelde beoordelingskader moet worden bekeken of er een meerwaarde is ten opzichte van de standaardbehandeling. In de situatie van verzoeker moet daarom worden beoordeeld wat de meerwaarde is van het uitvoeren van een MRI-scan ten opzichte van niets

doen. Dit laatste is namelijk de standaardbehandeling. Verzoeker kan geen andere conclusie trekken dan dat "iets doen" (namelijk een MRI scan maken) altijd meer oplevert dan "niets doen".

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat een preventieve MRI-scan in verband met pancreascarcinoom geen verzekerde prestatie vormt op grond van de Zvw. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandeling is niet wetenschappelijk aangetoond, hetgeen het Zorginstituut heeft bevestigd. De enige uitzondering hierop is als de screening wordt gedaan in studieverband. Dit is bij verzoeker niet aan de orde.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar het standpunt van verzoeker onderschreven dat er een verschil is tussen de aangevraagde 'preventieve screening' en de in het advies van het Zorginstituut gehanteerde term 'pancreassurveillance'. Voor zijn afwijzende beslissing is de ziektekostenverzekeraar, anders dan verzoeker veronderstelt, uitgegaan van screening. Hiervoor geldt dat deze moet plaatsvinden in studieverband. Omdat in de situatie van verzoeker niet aan deze voorwaarde wordt voldaan, komen de kosten van de MRI-scan niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 7 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Gezien de familiale voorgeschiedenis van verzoeker is de zorgvraag naar (preventief) onderzoek op pancreascarcinoom voorstelbaar. In dit geval is geen sprake van een preventieve screening zoals bijvoorbeeld bij bevolkingsonderzoeken, maar van een individuele zorgvraag om preventief (beeldvormend) onderzoek. Behoeft aan geneeskundige zorg kan ontstaan als er sprake is van een verhoogd risico, zich uitend in gezondheidsklachten, op het verkrijgen van een ziekte. Er kan dan sprake zijn van een indicatie voor (geïndiceerde) preventieve interventies. Voor vergoeding vanuit de Zvw is van belang dat de interventie getoetst is aan de wettelijke criteria: 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor dat laatste moet sprake zijn van een aangetoond hoog risico op ziekte waarvan de interventie het risico aantoonbaar vermindert.

Erfelijk aanleg voor pancreascarcinoom (alvleesklierkanker) komt niet vaak voor. De actuele richtlijn module 'Screening op pancreascarcinoom' (2019) adviseert een verwijzing naar een afdeling klinische genetica voor erfelijkheidsonderzoek en -advisering indien de familie van de patiënt voldoet aan de diagnostische criteria voor Familiair Pancreascarcinoom (FPC). Er is sprake van FPC als een familie voldoet aan de volgende criteria (Vasen 2017):

- >2 eerstegraads verwanten met pancreascarcinoom*
- >3 familieleden (eerste- of tweedegraads verwantschap) met pancreascarcinoom*
- >2 familieleden (eerste- of tweedegraads verwantschap) met pancreascarcinoom waarbij >1 pancreascarcinoom onder de leeftijd van 50 jaar is vastgesteld*

NB: er moet in bovengenoemde families ten minste één pancreascarcinoom histologisch bevestigd zijn om de diagnose FPC te kunnen stellen.

Dezelfde richtlijn beveelt echter ook aan om pancreassurveillance uitsluitend aan te bieden in studieverband, aan (onder meer) de hoog-risico groep 'Eerstegraads verwanten van patiënten met pancreascarcinoom uit FPC families'.

Omdat de waarde van pancreassurveillance bij hoog-risico groepen nog niet vaststaat en er nog geen universeel surveillanceprotocol is, benadrukt de werkgroep dat pancreassurveillance alleen in studieverband dient plaats te vinden, in een gespecialiseerd centrum door een multidisciplinair team van medisch specialisten met expertise op dit gebied. De specialist die de pancreassurveillance uitvoert (meestal een maag-darm-leverarts) zal de voor- en nadelen van surveillance met de patiënt bespreken. Daarbij benadrukt de werkgroep dat er in FPC families eerst klinisch genetisch onderzoek dient plaats te vinden alvorens familieleden in aanmerking kunnen komen voor pancreassurveillance.

Op basis van het dossier is aannemelijk dat bij verzoeker mogelijk sprake is van familiair pancreascarcinoom. Het dossier bevat echter geen medische informatie over eventueel uitgevoerd genetisch onderzoek. Uit de brief van behandelend MDL-arts d.d. 11 januari 2022 blijkt dat genetisch onderzoek nog gaande is.

Mocht verzoeker een indicatie hebben voor pancreassurveillance dan is echter nog niet vastgesteld wat de waarde is van pancreassurveillance bij de hoog risicogroepen. De richtlijn beveelt dan ook aan om pancreassurveillance uitsluitend aan te bieden in studieverband bij bepaalde hoog-risico groepen.

Daarmee staat niet vast dat preventief screenen door middel van een MRI-scan bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Niet is vastgesteld dat preventief screenen (MRI-scan) bij de indicatie familiair pancreascarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Preventief screenen (MRI-scan) bij familiair pancreascarcinoom maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

- 6.2. In het definitief advies van 27 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Definitief advies

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Vragen SKGZ

U hebt het Zorginstituut gevraagd om aandacht te besteden aan het volgende:

(...)

Inhoudelijk maakt het niet uit of het over screening of surveillance gaat en of verzoeker 'aannemelijk mogelijk' of aangetoond Familiair Pancreascarcinoom heeft. In alle gevallen valt preventief MRI onderzoek niet onder de basisverzekering."

- 6.3. In het aanvullende definitief advies van 21 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Op 27 oktober heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Verzoeker heeft op het advies gereageerd. Dit heeft geleid tot nadere vragen door de SKGZ. Uit de toegestuurde aanvullende stukken komen geen feiten en of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het definitief advies te herzien.

(...)

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut gerefereerd aan het rapport 'Van preventie verzekerd' uit 2007. Hierin is opgenomen dat de Zvw mogelijkheden biedt voor vormen van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie.

Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte (algemeen indicatiecriterium);
- De zorg behoort tot de te verzekeren prestaties;
- De preventie-interventie moet voldoen aan het plegen te bieden-criterium;
- De preventie-interventie moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Het is dus juist dat een individueel preventief (beeldvormend) onderzoek, zoals een MRI-scan, alleen voor vergoeding in aanmerking kan komen in de door de commissie geschetste situaties. Hierbij merkt het Zorginstituut op dat relevant voor dit geschil is dat uit de relevante richtlijnen blijkt dat het maken van een MRI-scan bij familiair pancreascarcinoom geen aangetoonde meerwaarde heeft en derhalve niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Preventief screenen (MRI-scan) bij familiair pancreascarcinoom maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede die uit Verordening (EG) nr. 883/2004 (hierna: de Verordening) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Op grond van artikel 20 van de Verordening heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De verordening blijft in beginsel buiten beschouwing als de verzekerde geen toestemming vraagt. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt verzocht.
De commissie overweegt dat in het onderhavige geval verzoeker voorafgaand aan de behandeling in België de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn toestemming geweigerd op de grond dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Omdat met toepassing van de Verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd gelden de voorwaarden van de zorgverzekering onverkort. Ten aanzien van de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar wordt als volgt overwogen.
- 8.3. De vraag die ter beantwoording voorligt is of individueel preventief screenen (MRI-scan) bij familiair pancreascarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in

artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.

- 8.4. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is voor de commissie niet bindend. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot individueel preventief screenen (MRI-scan) bij familiair pancreascarcinoom. Het advies van 7 september 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut merkt op dat mocht verzoeker een indicatie hebben voor pancreassurveillance, dan nog is niet vastgesteld wat de waarde is van pancreassurveillance bij de hoog risicogroepen. De richtlijn beveelt dan ook aan om pancreassurveillance uitsluitend aan te bieden in studieverband bij bepaalde hoog-risico groepen. Daarmee staat niet vast dat individueel preventief screenen door middel van een MRI-scan bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Naar aanleiding van een nadere vraag van de commissie heeft het Zorginstituut in het aanvullende definitief advies van 21 oktober 2022 met betrekking hiertoe gesteld: *"Hierbij merkt het Zorginstituut op dat relevant voor dit geschil is dat uit de relevante richtlijnen blijkt dat het maken van een MRI-scan bij familiair pancreascarcinoom geen aangetoonde meerwaarde heeft en derhalve niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Preventief screenen (MRI-scan) bij familiair pancreascarcinoom maakt geen onderdeel uit van het basispakket."*
Eerder werd de commissie door het Zorginstituut geadviseerd het verzoek af te wijzen. De commissie ziet in hetgeen door verzoeker is aangevoerd - met name het ontbreken van een expliciete uitsluiting, het ontbreken van een vereiste van voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar, en de meerwaarde van een MRI-scan ten opzichte van "niets doen" - geen aanleiding van het advies af te wijken, en neemt dit dan ook over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op het gevraagde en dat de toestemming op grond van de Verordening terecht werd geweigerd.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 december 2022,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Europese wetgeving

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. (...)*”

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede 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.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZA Eigen Keuze is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38) en Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.