

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Dotatoc-PET/CT scan, kijkoperatie knie, blaasoperatie, stand wetenschap en praktijk, doelmatigheid, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.01824
Zittingsdatum : 1 mei 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te D, en

2) F te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (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 Top Collectief 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 een Dotatoc PET/CT-scan, een kijkoperatie aan haar knie en een operatie aan de blaas, alle uitgevoerd te Leuven (België) (hierna gezamenlijk: de aanspraak). Bij brieven van 31 januari en 28 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat vergoeding van de kosten van de Dotatoc PET/CT-scan is afgewezen.

3.2. Bij brieven van 11 mei en 10 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat vergoeding van de kosten van de kijkoperatie aan de knie is afgewezen.

3.3. Bij brief van 6 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster toestemming gegeven voor een consult met betrekking tot de blaasoperatie, dat plaatsvond op 17 januari 2012.

3.4. Bij brief van 23 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de kosten van de blaasoperatie tot maximaal € 3.118,30 worden vergoed.

- 3.5. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 21 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing met betrekking tot de Dotatoc PET/CT-scan en de kijkoperatie aan de knie te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft voor de blaasoperatie alsnog eenmalig coulancehalve een S2-formulier af te geven.
- 3.7. Bij brief van 14 januari 2013 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).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 maart 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens mondeling te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 12 maart 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 april 2013 (zaaknummer 2013037839) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat in de onderhavige situatie geen aanleiding is één onderdeel van de behandeling, namelijk de Dotatoc PET/CT-scan onderzoeken, in de follow up periode in twijfel te trekken, aangezien de behandeling en de gekoppelde follow up van neuro-endocriene tumoren onder meer sterk afhankelijk zijn van de kenmerken van de individuele tumoren. Uit het dossier blijkt niet dat de indicatie ter discussie staat. Ten aanzien van de kijkoperatie aan de knie heeft het CVZ geen standpunt ingenomen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 april 2013 aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 13 mei 2013 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
- 3.14. Bij brief van 14 mei 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de onder 3.10 genoemde brief gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de brief aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig

advies. Bij brief van 21 juni 2013 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ bevestigt het ingenomen standpunt met betrekking tot de Dotatoc PET/CT-scan. Met betrekking tot de operatie aan de knie merkt het CVZ op dat zowel een diagnostische als een therapeutische artroscopie behoren tot de verzekerde prestaties en dat deze kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Een verzekerde kan hierop aanspraak maken als hiervoor een indicatie bestaat. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster geen indicatie heeft voor de therapeutische artroscopie. Dit moet hij ook kunnen aantonen, aldus het CVZ. Het CVZ kan niet beoordelen of verzoekster een indicatie heeft voor een diagnostische of therapeutische artroscopie. Of deze zorg doelmatig is, is niet aan het CVZ ter beoordeling.

- 3.15. Het definitieve CVZ-advies is op 23 juli 2013 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen een termijn van zeven dagen op dit stuk te reageren. Verzoekster heeft op 25 juli 2013 op het definitieve CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid (geen) gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster ondergaat sinds 2008 behandelingen tegen kanker in Leuven. Tweemaal per jaar wordt daar een scan gemaakt, omdat hiermee in een vroeg stadium uitzaaiingen kunnen worden ontdekt. Het verzoek om een S2-formulier voor de scan is afgewezen op de grond dat de scan niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Verzoekster vindt dit onbegrijpelijk. Zij is enige tijd geleden op een informatiebijeenkomst geweest met betrekking tot neuro-endocriene tumoren (NET). Hieruit kwam naar voren dat een Nederlands ziekenhuis deze scan met ingang van april 2012 ook toepast. De declaratie van dit ziekenhuis wordt wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
 - 4.2. In januari 2011 is verzoekster gevallen met haar fiets. Sindsdien heeft zij veel last van haar knie. Een specialist in het ziekenhuis te Leuven, waar zij onder behandeling is, achtte een kijkoperatie noodzakelijk. De ziektekostenverzekeraar vindt deze operatie niet doelmatig, omdat geen sprake is van slotklachten maar van een cyste. Een cyste vormt volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding voor een kijkoperatie. Verzoekster begrijpt niet hoe de ziektekostenverzekeraar tot een ander oordeel kan komen dan de behandelend specialist, die de kijkoperatie noodzakelijk acht.
 - 4.3. Met betrekking tot de operatie aan de blaas is door de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend tot maximaal het Nederlandse tarief. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoekster coulancehalve nog eenmaal een S2-formulier te verstrekken. De reden dat dit formulier eerder niet is verstrekt is dat er geen noodzaak zou zijn uit te wijken naar Leuven. Hiervoor bestaat echter wel degelijk een medische noodzaak. In Leuven kent men de medische situatie van verzoekster. Verzoekster heeft diverse allergieën, die zij zelf niet alle kent, maar de behandelend artsen wel. Verzoekster vertrouwt niet erop dat deze gegevens ook bekend zijn bij de ziekenhuizen in Nederland. Zij wenst geen risico te nemen met haar leven, enkel vanwege financiële redenen.
 - 4.4. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald.

Voorts heeft zij ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling met Dotatoc PET/CT-scans in Nederland ook plaatsvindt, zodat het gaat om zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De indicatie hiervoor staat niet ter discussie. Het mag niet uitmaken waar de scan wordt uitgevoerd.

De alternatieven zijn Groningen, Leeuwarden en Leuven. Groningen valt af vanwege de afstand. In Rotterdam is de behandelvolgorde anders. Verzoekster heeft gesproken met de artsen uit Rotterdam. Zij begrijpen niet waarom de behandeling in Leuven zou moeten worden gestaakt. Het gaat daar goed en de reisafstand is kleiner. Met name bij spoedeisende zorg is dit laatste van belang. Bovendien is de zorg in België niet duurder dan in Nederland. Als verzoekster zou kiezen voor Rotterdam, zouden alle onderzoeken over moeten worden gedaan. Deze onderzoeken zijn zeer belastend. Daarnaast is de opgebouwde vertrouwensrelatie met de arts belangrijk, en is de overdracht van het dossier een probleem.

Verzoekster benadrukt dat het ziekenhuis in Leuven zeer gespecialiseerd is. In de Nederlandse ziekenhuizen worden bepaalde zaken niet herkend.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De conclusie dat een Dotatoc PET/CT-scan bij de diagnostiek en follow-up van neuro-endocriene pancreastumoren niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, is gebaseerd op de NCCN-richtlijn neuro-endocriene tumoren, de NANETS richtlijn en het artikel van A. Al-Ibraheem e.a. Uit deze documenten blijkt dat nog (te) weinig wetenschappelijk bewijs bestaat voor de meerwaarde van deze scan teneinde deze als routinematig onderzoek in de follow-up van neuro-endocriene pancreastumoren toe te passen. Deze documenten vormen een bevestiging van de conclusie in het door verzoekster ingebrachte artikel van Bodelier en Haak uit 2007. Hierin wordt de ontwikkeling van de Dotatoc PET/CT-scan veelbelovend genoemd, op basis van enkele kleine studies. De conclusie is dat deze scan in opkomst is, maar dat de definitieve plaats nog moet blijken. Het maken van de scan is (nog) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 5.2. Een Baker cyste, zoals bij verzoekster vastgesteld, vormt geen reden voor een arthroscopisch onderzoek. Bij verzoekster is sprake van hydrops op basis van uitgebreide degeneratieve schade aan mediale meniscus, retropatellair kraakbeenletsel met losliggende fragmenten en een Baker cyste. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk wat verzoekster verstaat onder 'slotklachten'. Hiervan wordt in het verslag van de fysiotherapeut geen melding gemaakt. In de 'Richtlijn arthroscopie' wordt aanbevolen om alleen in geval van 'slotklachten' door grote fragmenten in de knie een arthroscopische verwijdering te overwegen. Bij verzoekster is een arthroscopie van de knie volgens de ziektekostenverzekeraar niet te beschouwen als een doelmatige ingreep.
- 5.3. De blaasoperatie is vergoed tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief van € 3.118,30. Hierbij is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 03.06.11.01.0034.0313. Aangezien niet is gebleken van een medische noodzaak om uit te wijken naar Leuven, is verzoekster het S2-formulier in eerste instantie onthouden. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard dit formulier alsnog eenmalig coulanchehalve te verstrekken.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn nader commentaar van 11 maart 2013 medegedeeld dat voor de blaasoperatie de DOT-code 149999067 dient te worden gehanteerd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de medisch adviseur een rapportage heeft opgesteld naar aanleiding van het CVZ-advies. Hierin wordt geconcludeerd dat de Dotatoc PET/CT-scan niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De knieoperatie is alleen geïndiceerd bij slotklachten. Nu hiervan niet is gebleken, is de ingreep niet doelmatig. Voor de blaasoperatie geldt dat het ziekenhuis in Leuven niet is gecontracteerd. Consequentie daarvan is dat een deel van de kosten niet wordt vergoed. Uit coulance is een S2-formulier afgegeven. Er is geen noodzaak voor behandeling naar Leuven uit te wijken. De zorg kan ook in Nederland worden geleverd. Dit kan worden uitgezocht. Het argument van verzoekster dat de reisafstand dan groter is, is geen reden de kosten volledig te vergoeden. Als er een noodzaak bestaat kan verzoekster met spoed naar Rotterdam worden vervoerd. Daarnaast is, anders dan verzoekster stelt, dossieroverdracht mogelijk.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 de kosten van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Deze zorg omvat:

- a. medisch specialistische behandeling;*
- b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*

- c. verblijf, verpleging en verzorging;
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- e. laboratoriumonderzoek. (...)"

- 8.4. Artikel B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg zonder opname en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

1. oogheelkundige zorg;
2. aanleggen van gips;
3. ECG-onderzoek;
4. preventieve voetzorg bij diabetes patiënten.

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

1. de verpleging;
2. de geneesmiddelen;
3. de hulpmiddelen;
4. de verbandmiddelen;
5. laboratoriumonderzoek. (...)"

- 8.5. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.6. Artikel A.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- a. *de inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en (...)*
- d. *u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn."*

- 8.7. De artikelen A.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en B.2., B.4.2. en B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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.

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.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.10. Artikel 20 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 lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Dotatoc PET/CT-scan

- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of het toepassen van een Dotatoc PET/CT-scan ter opsporing van uitzaaiingen bij een neuro-endocriene tumor voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als 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 onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige scan bij de indicatie van verzoekster is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in de adviezen van 12 april en 21 juni 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat het toepassen van deze scan zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Uit het dossier blijkt niet dat de indicatie ter discussie staat. Er is in dit geval geen aanleiding één onderdeel van de behandeling – de Dotatoc PET/CT-scan onderzoeken – in de follow up periode in twijfel te trekken, aldus het CVZ. De commissie neemt deze conclusies over en maakt die tot de hare.

- 9.6. Verzoekster heeft voorafgaand aan het uitvoeren van de scan de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft, gelet op het voorgaande, afgifte van het S2-formulier op basis van een onjuiste grond geweigerd. Daarom is hij gehouden over te gaan tot tarifiering en eventueel aanvulling tot het Wmg-tarief dan wel het marktconforme tarief, althans voor zover de uitkomst van de tarifiering leidt tot een lagere vergoeding dan op basis van voornoemde tarieven.

Kijkoperatie knie

- 9.7. Zoals uit het CVZ-advies van 21 juni 2013 kan worden opgemaakt, behoren zowel de diagnostische als de therapeutische arthroscopie tot de te verzekeren prestaties. De ziektekostenverzekeraar richt zich op de therapeutische arthroscopie en stelt dat verzoekster niet voldoet aan de indicatie, onder verwijzing naar de richtlijn "Arthroscopie van de knie". Het CVZ tekent hierbij aan dat de ziektekostenverzekeraar dit ook moet kunnen aantonen. De commissie deelt dit standpunt en concludeert dat de ziektekostenverzekeraar hier niet, althans onvoldoende in is geslaagd. Voor zover de stelling van de ziektekostenverzekeraar aldus moet worden begrepen dat de behandeling niet doelmatig is, kan de commissie dit, gelet op de toelichting bij artikel 14 Zvw, slechts marginaal toetsen. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is ten aanzien van de door verzoekster gestelde "slotklachten" en komt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet had kunnen komen tot zijn afwijzing.
- 9.8. Verzoekster heeft voorafgaand aan de kijkoperatie de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft, gelet op het voorgaande, afgifte van het S2-formulier op basis van een onjuiste grond geweigerd. Daarom is hij gehouden over te gaan tot tarifiering en eventueel aanvulling tot het Wmg-tarief dan wel het marktconforme tarief, althans voor zover de uitkomst van de tarifiering leidt tot een lagere vergoeding dan op basis van voornoemde tarieven.

Blaasoperatie

- 9.9. Verzoekster heeft voorafgaand aan de operatie aan de blaas de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende aanvaardbaar gemaakt, en tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was een S2-formulier af te geven. Dat hij het formulier inmiddels (coulancehalve) heeft verstrekt doet hieraan niet toe of af. Het S2-formulier geeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten conform de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Waar het gaat om de vraag of zij eventueel recht heeft op een aanvullende vergoeding ten laste van de zorgverzekering, geldt dat dient te worden getoetst aan artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 9.10. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC-code 03.06.11.01.0034.0313 met als omschrijving: "*Reguliere zorg / koliek(en) / stress-incontinentie/prolaps / open operatie met klinische episode(n)*". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor deze zorg heeft afgesproken is € 3.118,30. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed.

- 9.11. In zijn nader commentaar van 11 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat ten onrechte een DBC-code is gehanteerd. Dit dient de DOT-code 149999067 te zijn. Deze code heeft als omschrijving: *“Incontinentie / Prolaps / Vrouw / Oper incontinentie zwaar / Urogenitaal prostaat / prolaps /overig”*. Het betreft een code uit het B-segment. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor deze zorg heeft afgesproken bedraagt € 2.559,70. Aan verzoekster is een hoger bedrag vergoed. Het staat de ziektekostenverzekeraar thans niet meer vrij het verschil bij verzoekster te vorderen, aangezien zij erop moet kunnen vertrouwen dat de door haar ingediende aanvraag op de juiste wijze wordt beoordeeld.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster ondergane zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van de knieoperatie en de Dotatoc PET/CT-scan dient over te gaan tot tarifiering en eventueel aanvullende vergoeding.
- 9.14. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.13 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 28 augustus 2013,

Voorzitter