



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar U.A. en Menzis U.A., beide te Wageningen  
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, embolisatie en verwijdering tumor, hyperthermie, zittend ziekenvervoer, stand wetenschap en praktijk, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201601593  
Zittingsdatum : 22 maart 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van embolisatie en verwijdering van een tumor, hyperthermie, zittend ziekenvervoer en de in verband met de behandeling gemaakte overige kosten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de embolisatie en verwijdering van de tumor gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 1.602,24. Vergoeding van de overige kosten heeft de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 april 2016 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 e-mailbericht van 12 oktober 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.602,24 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 februari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017001294) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling met hyperthermie bij een gemetastaseerd sigmoidcarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Ook het zittend ziekenvervoer kan niet aan haar worden vergoed. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. In 2013 werd bij verzoekster een tumor in de dikke darm geconstateerd, die met succes werd verwijderd. Omdat in de omgeving van deze tumor uitzaaiingen waren, is overgegaan tot chemotherapie. Het was de bedoeling acht chemokuren te volgen, maar verzoekster reageerde hierop zeer hevig, zodat voortijdig van verdere behandeling moest worden afgezien. In 2015 werd een uitzaaiing in de lever geconstateerd, die operatief kon worden verwijderd. In dat geval zou ook de galblaas moeten worden verwijderd, omdat deze direct naast de tumor lag. Verzoekster is zich gaan oriënteren op andere mogelijkheden, en kwam terecht bij dr. Vogl in Frankfurt, Duitsland. Daar werd haar de mogelijkheid geboden de tumor te laten wegbranden. Daarnaast was een embolisatie nodig om de tumor te verkleinen. Tegelijkertijd heeft verzoekster, op advies van de behandelend arts, lokale behandelingen met hyperthermie ondergaan om eventuele nog onzichtbare kankercellen te verwijderen, alsmede total body (immuun therapie) behandelingen om het immuunsysteem te herstellen. Deze behandelingen zijn begonnen in Keulen, en later voortgezet in Amsterdam. De behandelingen hebben resultaat gehad, zo bleek tijdens een controle in oktober 2015. Ook tijdens de controle op 9 februari 2016 zijn geen afwijkingen meer geconstateerd. Tijdens deze controle zijn een MRI-scan en een CT-scan gemaakt. Op basis van de goede resultaten heeft de behandelend arts in Amsterdam het aantal behandelingen gehalveerd.

- 4.2. De behandelend chirurg in Nederland heeft op 3 juli 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Voorgeschiedenis: 2013 laparoscopische sigmoidresectie in verband met T3N1M0 sigmoidcarcinoom. Aanvullend chemotherapie. (...) Aanvullend onderzoek: CEA: 3 UG/L (nov '14 1 UG/L) Coloscopie mei 2015: tot in het coecum geen afwijkingen. Side-to-end anastomose op 15 centimeter ab ano. Goed doorgankelijk. Echo lever: ten opzichte van de echo van 21-11-2014 wordt er thans een onregelmatig gebied gezien met een echoarme rand hier omheen. Verdacht voor laesie met een halo. Nieuw ten opzichte van het vorig onderzoek en verdacht voor metastase. Diameter circa 2,6 x 2 x 1,4 centimeter. Daarnaast een kleine echoarme structuur wat kan passen bij een cyste. 4-fase CT-lever: 2 hypodense afwijkingen in de lever. Niet zichtbaar op de eerdere CT van 16-07-2013. Beeld verdacht voor metastase. (...)".*
- 4.3. De huisarts heeft op 8 juli 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Hierbij verwijst ik bovengenoemde patiënte voor een second opinion. Zij heeft in het verleden een sigmoidcarcinoom gehad wat laparoscopisch is verwijderd. Aanvullend kreeg zij chemotherapie wat helaas gestaakt moest worden ivm hevige bijwerkingen. Nu zijn er levermetastasen geconstateerd. Vanuit Nederland is het voorstel deze operatief te verwijderen, patiënte wil echter graag de mogelijkheid hebben te kiezen tussen deze behandeling, en immunotherapie en/of TACE. (...)".*
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster een vergoeding verleend van € 1.602,24. Gelet op het aantal behandelingen en controles is dit bedrag zeer laag. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat onvoldoende bewijs bestaat dat hyperthermie effectief is. In een aantal Nederlandse ziekenhuizen wordt deze behandeling echter in verschillende vormen toegepast. Een goed werkend immuunsysteem is noodzakelijk om de kankercellen op te ruimen en het lichaam gezond te houden. Bovendien bestaat bewijs dat deze behandeling de tumoren doet inkrimpen en zelfs laat verdwijnen. De ziektekostenverzekeraar vergoedt andere behandelingen wel, terwijl deze veel riskanter en duurder zijn. Tot slot heeft verzoekster diverse voorbeelden van andere zorgverzekeraars die vergelijkbare behandelingen hebben goedgekeurd.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een darmtumor had, die is weggenomen. Twee jaar later werden uitzaaiingen naar de lever geconstateerd. Verzoekster werd verwezen naar een oncoloog in Dordrecht. Hij is toen zelf verder gaan zoeken en kwam bij dr. Vogl. Verzoekster had vóór de darmoperatie al chemotherapie gehad en was toen bij de zesde behandeling in shock geraakt, zodat dit geen optie was. In Duitsland kon alles in dagbehandeling worden uitgevoerd. Omdat er geen andere keuze was en de financiële middelen er waren is voor dr. Vogl gekozen. Door de ziektekostenverzekeraar wordt de kwestie heel klinisch behandeld. De eerste prioriteit lijkt de zorg voor de ziektekostenverzekeraar te zijn. Het Zorginstituut gebruikt moeilijke termen en codes. Verzoekster heeft de arts in Dordrecht hiernaar heeft gevraagd. Deze vertelde dat de behandeling zoals die in Duitsland wordt uitgevoerd hier te lande niet plaatsvindt, zodat er ook geen codes voor zijn. Overigens zou verzoekster in het andere geval zijn geopereerd en was dit zeker duurder geweest. Dr. Vogl zal inderdaad niet gecontracteerd zijn, maar in het verleden zijn er ook patiënten met een luchtbrug naar Houston gebracht om daar hartchirurgie te ondergaan.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In de situatie van verzoekster is volgens de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het DBC-zorgproduct 990062006 vastgesteld. Het gelijktijdig openen van meerdere zorgtrajecten en daarmee het in rekening brengen van één of meer zorgproducten is afhankelijk van de vraag of iedere betrokken specialist een eigen diagnose mag stellen en een eigen zorgtraject kan openen. Als er een verrichting is door een radioloog, wordt uitgekomen op DBC-zorgproduct 990062006 (specialisme code 03.62) en als deze radioloog een embolisatie uitvoert op zorgactiviteit 080828. De zorgvraag is in deze een metastase van een tumor, die is gesitueerd in de lever. Dit leidt af naar

DBC-zorgproduct 990062019. Omdat het DBC-zorgproduct 990062006 eerder voor komt in de beslisboom van DBC Onderhoud (thans: de NZa) zal de combinatie van de zorgactiviteiten 080828 en 080058 afleiden naar DBC-zorgproduct 990062006 (de ingrepen geschieden in verband met de zelfde zorgvraag in een tijdsbestek van minder dan zes weken). Er kunnen in dit geval dan ook niet meerdere zorgtrajecten naast elkaar bestaan, zodat de verleende vergoeding van € 1.602,24 juist is.

5.2. Er bestaan twee soorten lokale hyperthermie waarvan wetenschappelijk is bewezen dat deze effectief zijn, namelijk HIPEC en hyperthermie in combinatie met bestraling of chemotherapie. HIPEC betreft een combinatie van chirurgie en chemotherapie die wordt toegepast bij dikke darmkanker, die is uitgezaaid naar het buikvlies. De combinatie van hyperthermie en bestraling of chemotherapie kan worden toegepast bij baarmoederhalskanker, bepaalde tumoren in het hoofd/halsgebied na eerdere bestraling, borstkanker met terugkeer van de tumor in eerder bestraald gebied zoals de borst, borstwand of de lymfkliergebieden, een melanoom met oppervlakkige uitzaaingen, longvlieskanker, vaginakanker en weke delen tumoren, bijvoorbeeld in het spierweefsel. Bij verzoekster zijn deze situaties niet aan de orde. De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar heeft in de beschikbare literatuur geen informatie kunnen vinden waaruit blijkt dat hyperthermie als losstaande behandeling (lokaal of total body) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom zijn de kosten hiervan niet aan verzoekster vergoed.

5.3. Met betrekking tot het gedeclareerde zittend ziekenvervoer geldt dat de zorgverzekering hiervoor dekking biedt indien iemand wordt vervoerd vanwege nierdialyse, chemotherapie of bestraling, als iemand zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen dan wel als iemand zeer slechtziend of blind is en zich niet alleen kan verplaatsen. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken. Verder bestaat aanspraak op vervoer op grond van de hardheidsclausule. Voor de vergoeding geldt dat de afstand is beperkt tot maximaal 200 kilometer enkele reis, en dat vooraf bij de ziektekostenverzekeraar toestemming moet worden gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft voor het vervoer geen voorafgaande aanvraag ontvangen. Verzoekster heeft bovendien bewust ervoor gekozen de zorg in Duitsland te betrekken, terwijl hiervoor geen medische noodzaak bestond. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, ten laste van de zorgverzekering.

De kosten van de hotelovernachtingen, eten en drinken en de parkeerkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien de verzekering hiervoor geen dekking kent.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het moeilijk is verzekerden niet het gevoel te geven dat zij een nummer zijn, maar dat daar alles aan wordt gedaan. Het is sowieso niet de intentie, en er is wel degelijk persoonlijk naar de zaak gekeken. De medisch adviseur heeft geadviseerd een deel van de kosten te vergoeden, en hierbij is aansluiting gezocht bij de DBC zorgproductcodes. Genoemd bedrag is gebaseerd op 75% van het tarief in Nederland. Of de operatie duurder is, is de ziektekostenverzekeraar niet bekend. Het bedrag hoort bij de embolisatie en ablatie.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.602,24 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald 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:*

- *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 (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist (...)"*

8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen voorts wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Welke zorg*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van €0,31 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan Menzis vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan.*

*U heeft recht op vervoer als:*

- *het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en*
- *u nierdialyses moet ondergaan, of*
- *u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of*
- *u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of*
- *u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of*
- *u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.*

*Let op*

- *Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.*

- Als Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet. (...)

#### *Toestemming*

*U vraagt vooraf toestemming aan Menzis. Belt u met de Servicelijn Vervoer op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier 'zittend ziekenvervoer' op. Het aanvraagformulier kunt u downloaden van [www.menzis.nl](http://www.menzis.nl). Menzis stelt vast of u toestemming krijgt en voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) u toestemming krijgt."*

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen verder wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

#### *"Welke zorg*

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

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

*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 door een niet gecontracteerde zorgaanbieder 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. (...)"*

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen daarnaast, voor zover hier van belang:

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

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

- 8.7. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 2.14 Bzv.  
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.  
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.
- 8.9. 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 EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.  
Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.



## Embolisatie en verwijdering tumor

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de embolisatie en verwijdering van de tumor een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de verleende vergoeding.
- Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC-zorgproduct 990062006 met als omschrijving: *"Embolisatie / Vertebroplastiek / Kyphoplastiek / Radiologie (...) Afsluiten van een bloedvat of inbrengen van botcement door een radioloog (...)"*. De gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie, gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep, juist voor. 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. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders' bedraagt het bijbehorende tarief € 1.602,24. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

## Hyperthermie

- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of hyperthermie als losstaande behandeling bij metastasen van een sigmoïdcarcinoom naar de lever 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 en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.
- Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.5. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden

opgewaarderd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness., oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

- 9.6. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot hyperthermie als losstaande behandeling bij de indicatie van verzoekster is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 23 februari 2017 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

### Zittend ziekenvervoer

- 9.7. Met betrekking tot de door verzoekster gemaakte kosten voor vervoer van haar woonadres naar het ziekenhuis in Duitsland en terug geldt het volgende. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet behoort tot één van de in de voorwaarden van de zorgverzekering specifiek genoemde categorieën van verzekerden waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen.

- 9.8. Voor zover toetsing aan de hardheidsclausule aan de orde is, heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de zorg ook in Nederland had kunnen plaatsvinden. Bovendien is geen voorafgaande toestemming gevraagd voor het zittend ziekenvervoer. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt. Bekend is dat eertijds door de Commissie voor Beroepszaken van de Ziekenfondsraad in het kader van de ziekenfondsverzekering (o.a. RZA 1994/61) is geoordeeld dat het zittend ziekenvervoer een connexe aanspraak is en uit dien hoofde de vrije artskeuze volgt, hetgeen in dit verband wil zeggen voor zover de door die arts te verlenen zorg op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, en voor zover dit vervoer het wettelijk vastgestelde maximum van 200 kilometer enkele reis niet overschrijdt. Daarmee is gegeven dat indien de zorg zelf als doelmatig moet worden beschouwd, hetgeen in het onderhavige geval niet in geschil is voor zover het de embolisatie en verwijdering van de tumor betreft, de aanspraak op het daarmee samenhangende zittend ziekenvervoer geen ruimte biedt voor een afzonderlijke inhoudelijke doelmatigheidstoets. Dit geldt temeer nu de wetgever de enkele reisafstand tot de zorgaanbieder heeft gemaximeerd tot 200 kilometer enkele reis.

- 9.9. Een en ander neemt niet weg dat, anders dan voor de vier specifieke groepen, bij toetsing aan de hardheidsclausule niet alleen de door Zorgverzekeraars Nederland opgestelde formule als uitgangspunt dient te worden genomen. In de beoordeling moet in dat geval tevens worden betrokken of nog sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard indien de verzekerde om andere dan medische redenen kiest voor een behandeling verder weg. De verzekerde creëert dan immers zelf de hoge kosten van zittend ziekenvervoer, en daarmee de onbillijkheid indien deze voor zijn rekening zouden blijven. Inherent aan een hardheidsclausule is dat mede rekening wordt gehouden met de mogelijkheden die betrokkene heeft om te voorkomen dat hij op het bestaan van die hardheid een beroep dient te doen (vgl GcZ 6 oktober 2010, 2009.01945). Gesteld noch gebleken is dat een medische noodzaak bestond voor het ondergaan van de zorg - dat wil zeggen de embolisatie en verwijdering van de tumor, de hyperthermie vormt geen verzekerde prestatie - in Duitsland, zodat moet worden aangenomen dat verzoekster ook had kunnen kiezen voor een behandeling dichterbij. Hiermee staat vast dat verzoekster zelf de hardheid heeft gecreëerd, zodat zij niet voldoet aan de hardheidsclausule. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer, ten laste van de zorgverzekering.



### Vergoeding overige kosten

- 9.10. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar tevens kosten gedeclareerd van het verblijf in een hotel, de kosten van eten en drinken en van parkeren. De zorgverzekering biedt evenwel geen dekking voor deze kosten.
- 9.11. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.




### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor embolisatie en verwijdering van de tumor, hyperthermie, zittend ziekenvervoer en de overige door verzoekster gevorderde kosten, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.



### Conclusie

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



Zeist, 19 april 2017,



H.A.J. Kroon