



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, radiotherapie metastasen prostaatcarcinoom
Zaaknummer : 201400355
Zittingsdatum : 14 januari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 3 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van radiotherapie bij metastasen, uitgevoerd te Gronau, Duitsland, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft meermalen aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 maart 2013 en 26 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 7 juli 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 18 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 september 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014137110) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Bestraling van metastasen van prostaatacarcinoom is, als daar een medische indicatie voor is, onderdeel van het basispakket. Volgens de landelijke richtlijn prostaatacarcinoom (2014) kan na een radicale prostatectomie met stadium pT3N0M0 of R1 resectie adjuvante uitwendige radiotherapie tot een dosis van 60-64 Gy worden overwogen. Men kan in deze situatie echter ook afwachten en pas besluiten tot uitwendige radiotherapie bij een biochemisch recidief op persisterend PSA. Dan verdient het de voorkeur zo vroeg mogelijk te behandelen. De richtlijn gaat niet in op de behandeling van verschillende vormen van prostaatacarcinoom. Ongeveer 1% van alle prostaatacarcinomen is een puur ductaal prostaatacarcinoom. En hoewel dit type prostaatacarcinoom minder gevoelig zou zijn voor hormonale therapie, lijkt de behandeling en prognose ervan niet te verschillen van de meest voorkomende typen prostaatacarcinoom. Voorts stelt de landelijke richtlijn prostaatacarcinoom dat patiënten met een gemetastaseerd prostaatacarcinoom niet meer genezen kunnen worden en de behandeling dus palliatief is. De behandeling bestaat uit een hormonale behandeling door middel van chirurgische/chemische castratie en/of anti-androgeen monotherapie. Na mediaan twee jaar ontstaat er een ongevoeligheid van prostaatacarcinoom voor deze behandeling. Als een botmetastase veel (pijn)klachten geeft is het gebruikelijk deze kortdurend met radiotherapie te behandelen. Verzoeker had, voor zover uit het dossier is op te maken, geen klachten. Derhalve lijkt er op basis van het dossier geen indicatie te zijn geweest voor bestraling van de bekkenmetastasen. Het is voorstelbaar dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding heeft afgewezen. Beoordeling van de doelmatigheid van de behandeling is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 januari 2015 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 16 januari 2015 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 21 januari 2015 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker is gediagnosticeerd met prostaatacarcinoom. In Gronau heeft een radicale prostatectomie plaatsgevonden, en de kosten van deze operatie zijn volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Enige tijd na de operatie steeg de PSA-waarde van verzoeker toch weer en werd hem geadviseerd om, conform het Europees protocol, radiotherapie in de prostaatloge uit te voeren. Verzoeker heeft zich hiertoe tot een aantal ziekenhuizen in Nederland gewend, maar

daar wilde men slechts een beperkte bestraling uitvoeren of zelfs wachten met bestralen. Hierop is verzoeker naar het Radboud UMC te Nijmegen gegaan. Aldaar werden op een scan twee plekken op het bekken geconstateerd, maar dit werd afgedaan als "oud zeer". Bestraling werd geweigerd, omdat men de PSA-waarde te laag vond. Het is echter bekend dat de ductaal-variant van prostaatcarcinoom die verzoeker heeft, niet PSA-gevoelig hoeft te zijn. Later bleek ook dat de diagnose fout was. Als men dit had geweten, zou tot bestraling zijn overgegaan (in Nederland). Met deze informatie en de foutieve diagnose is verzoeker teruggegaan naar de uroloog in Gronau die de operatie had uitgevoerd. Deze arts verklaarde dat bestraling van de prostaatlogie conform het Europees protocol is, en verwees verzoeker door naar de radioloog in Rheine. Aldaar werd besloten 45 bestralingen van de prostaatlogie uit te voeren. Hierover heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. De voorgestelde bestralingen zijn echter niet uitgevoerd.

Nadat de scan was bekeken in Duitsland, werd aan verzoeker medegedeeld dat werd vermoed dat de in Nederland gestelde diagnose niet juist was. Op initiatief van de arts hebben twee nieuwe scans plaatsgevonden. Hieruit bleek dat er twee tumoren in het bekken aanwezig waren. Daarop is het behandelplan van 45 bestralingen in de prostaatlogie komen te vervallen en is besloten om 25 bestralingen van het bekken uit te voeren. Deze bestralingen hebben plaatsgevonden in de periode van 9 juli 2012 tot en met 10 augustus 2012.

Verzoeker benadrukt dat hij in Nederland enkel onderzoeken heeft ondergaan, en niet is behandeld.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de kosten van de radiotherapie af omdat de behandeling niet doelmatig zou zijn. Verzoeker bestrijdt dit. Of een behandeling aanslaat, is van tevoren niet bekend, zeker niet in geval van een zeldzame vorm van prostaatkanker. Artsen gaan niet zomaar tot behandeling over. In het geval van verzoeker heeft veelvuldig overleg plaatsgevonden, zeker omdat op het laatste moment van koers is veranderd. Bovendien was - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - ten tijde van de radiotherapie geen sprake van uitgezaaide prostaatkanker.
- De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de behandelend uroloog geen bestraling van de botmetastasen heeft voorgesteld, is onjuist. Radiotherapie werd namelijk wel degelijk geadviseerd. Dit blijkt uit de overgelegde correspondentie met de behandelend uroloog. Het is vreemd dat er volgens de ziektekostenverzekeraar wel wordt bestraald wanneer er ter plaatse van de botmetastasen pijnklachten zijn. Immers, omdat verzoeker geen pijnklachten heeft, zou bestraling dan achterwege moeten blijven. Het begrip pijn is bovendien een subjectief begrip en vormt daarnaast slechts een momentopname. Merkwaardig is dan dat op basis van dit criterium wordt besloten of een behandeling al dan niet gerechtvaardigd is. De opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat "*niet alle behandelingen of onderzoeken die een medisch specialist doet gebruikelijk zijn*" is onbegrijpelijk. Dit zou kunnen opgaan voor behandelingen in het alternatieve circuit, maar daarvan is in het onderhavige geval geen sprake. Een operatie en radiotherapie zijn beide gebruikelijke vormen van behandeling van prostaatkanker.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft een viertal onderzoeken aangedragen waaruit zou blijken dat bestraling van het gehele bekkengebied geen meerwaarde heeft boven een loco-regionale bestraling van het prostaatgebied. Het meest recente onderzoek waarnaar wordt verwezen dateert evenwel al uit 2007. Verzoeker vraagt zich af of er wellicht - recentere - onderzoeken zijn die het tegendeel bewijzen. Zijn verzoek aan de commissie is dan ook om het Zorginstituut Nederland een onderzoek te laten uitvoeren naar de vraag of de door hem ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In dat kader benadrukt verzoeker dat hij een zeer zeldzame vorm van prostaatcarcinoom heeft, te weten ductaal. Onduidelijk is of de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde onderzoeken zijn gebaseerd op deze ductaal-vorm of de "reguliere" vorm van prostaatcarcinoom.
- 4.4. Het voornaamste is dat de betreffende tumoren in het bekken door de bestralingen geheel geëlimineerd zijn. De behandelend radioloog en uroloog waren van mening dat, gezien de lage PSA-waarde, de kans groot zou zijn dat bij het elimineren van deze metastasen het probleem

zou zijn verholpen. Verzoeker stelt dat dit het groundbeginsel van de zorg in Nederland is: mensen genezen door ziektes te bestrijden. Reeds op die grond zou de radiotherapie moeten worden vergoed.

4.5. Verzoeker benadrukt dat hij na de diagnose kanker al het mogelijke wilde doen om de ziekte te elimineren dan wel tot stilstand te brengen. De beslissing om bestralingen uit te voeren heeft hij niet zelf genomen, maar is ingegeven door de behandelend radioloog en uroloog. Dat de ziektekostenverzekeraar spreekt over palliatieve pijnbestrijding heeft verzoeker als kwetsend en stuitend ervaren. Het is onacceptabel dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat patiënten met een gemetastaseerd prostaatcarcinoom niet meer kunnen genezen en dat de behandeling derhalve palliatief is. Het tegenovergestelde van een palliatief stadium is juist aan de orde. Verzoeker voelt zich goed en fit, werkt vijftig uur per week, de groei van de metastasen is stilgezet en zijn PSA-waarde daalt.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat het opvallend is dat het Zorginstituut verwijst naar een publicatie uit 2007. Een professor uit Nijmegen heeft verzoeker verteld dat de ontwikkelingen op dit gebied zo snel gaan dat deze nauwelijks zijn bij te houden. Verzoeker verklaart dat sprake was van botmetastasen. Volgens de Duitse arts is bestraling in deze situatie de Europese standaard. Tevens geldt op basis van de Europese richtlijn dat indien na een operatie de PSA-waarde stijgt, bestraling is aangewezen. Verzoeker is erg boos. Hij is sinds 1975 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd en werd niet geholpen.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat enkel recht bestaat op vergoeding van de kosten van een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Dit geldt eveneens voor zorg in het buitenland. Om voor vergoeding van zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals wettelijk is bepaald: men moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. Welke zorg voor iemand nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en de zorgbehoefte, komt niet ten laste van de zorgverzekering. Niet alle behandelingen of onderzoeken die een medisch specialist doet zijn gebruikelijk. Een behandeling is pas gebruikelijk als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wetenschappers overal ter wereld moeten genoeg bewijs hebben gevonden dat deze behandeling de beste is voor een ziekte of aandoening. Bij de beoordeling van de vraag of een behandeling gebruikelijk is, wordt aangesloten bij de in de medische wereld gangbare werkwijze van Evidence Based Medicine. Dit is het proces van systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing. Uit diverse objectieve en goede wetenschappelijke onderzoeken moet blijken dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling. Soms zeggen artsen dat dit het geval is, maar blijkt uit wetenschappelijke onderzoeken het tegendeel. Dit kan zelfs gelden voor behandelingen die al langere tijd door artsen worden uitgevoerd.

5.2. Uit een rapport van Schellhammer uit 1997 blijkt het volgende. "Patiënten met een gemetastaseerd prostaatcarcinoom kunnen niet meer genezen en de behandeling is dus palliatief. Deze bestaat uit hormonale behandeling door middel van orchidectomie of medicatie. Na mediaan twee jaar ontstaat er een ongevoeligheid van prostaatcarcinoom voor deze behandeling. Dit uit zich in biochemische, subjectieve of objectieve progressie. Op het moment dat progressie optreedt, wordt gesproken van een hormoon resistent of hormoon refractair prostaat carcinoom (HRPC). In dat geval is het de vraag of de primaire hormoonbehandeling moet worden gecontinueerd en wat de mogelijkheden zijn van zogenaamde tweedelijns behandelingen zoals secundaire hormoonbehandeling, radiotherapie, chemotherapie en bisfosfonaten. In geval van pijn is daarnaast reguliere medicamenteuze pijnbestrijding aangewezen."

Recentere onderzoeken zijn die van Asbell (1998), Roach (2003), Lawton (2007) en Pommier (2007). Deze onderzoeken hebben betrekking op bestraling van het gehele bekkengebied en de meerwaarde daarvan bij de behandeling van prostaatcarcinoom. De onderzoeken wijzen alle in de richting dat hiervoor geen meerwaarde is boven een loco-regionale bestraling van het prostaatgebied.

- 5.3. Het behandeltraject bij prostaatcarcinoom is als volgt. Na verwijdering van de prostaat en de eventuele lymfeklieren, wordt er eventueel lokaal bestraald (prostaatgebied) en worden aanvullende therapieën gegeven zoals bijvoorbeeld hormoontherapie. De behandelend uroloog heeft verzoeker geadviseerd een regionale na-bestraling van het prostaatgebied te laten verrichten. Deze uroloog geeft nadrukkelijk aan dat hij geen bestraling van de botmetastasen heeft aangevraagd c.q. voorgesteld. Verzoeker heeft zelf deze beslissing genomen in overleg met de radiotherapeut. Er bestaat dan ook geen (door)verwijzing door de behandelend uroloog naar de radiotherapeut voor de bestraling van de botmetastasen. Wanneer er ter plaatse van de botmetastasen pijnklachten zijn, wordt er wel bestraald. Dit was echter niet het geval bij verzoeker.
- 5.4. Verzoeker is in meerdere ziekenhuizen behandeld in verband met gemetastaseerde prostaatkanker. In Nederland wordt palliatieve zorg aangeboden in een situatie zoals die van verzoeker. Verzoeker is op eigen initiatief naar alternatieven gaan zoeken en is terechtgekomen in een ziekenhuis in Duitsland. Aldaar is radiotherapie voorgesteld. Van deze behandeling bij de aandoening van verzoeker en het stadium waarin de aandoening zich bevindt, is onvoldoende bewijs om te kunnen spreken van een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nu sprake is van een niet gebruikelijke en niet doelmatige behandeling, komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar verleent ook geen coulantevergoeding.
- 5.5. Er is verwarring ontstaan door het onvolledig aanleveren van medische gegevens. In eerste instantie zou het gaan om wondbed bestraling, maar deze behandeling heeft niet plaatsgevonden. Verzoeker heeft uiteindelijk radiotherapie gehad in verband met bekkenkam metastasen. Deze behandeling is niet doelmatig bij uitgezaaide prostaatkanker en niet volgens de stand van de wetenschap en praktijk als er geen lokale klachten zijn van pijn ondanks maximale hormonale therapie. Dat men de betreffende behandeling in Duitsland wel heeft toegepast, zegt niets over de vergoeding van de kosten.
- 5.6. Op 25 mei 2012 heeft verzoeker telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen en navraag gedaan naar de vergoeding van de radiotherapie. In dit telefoongesprek heeft verzoeker verteld dat het een behandeling betreft die de artsen in Nederland niet willen uitvoeren. De registratie van het gesprek is als volgt: *"meneer wil behandeling van bestraling in Duitsland. In Nederland willen ze dit niet behandelen. Aangegeven dat dit zeer waarschijnlijk niet vergoed wordt of klein gedeelte. Hij ondergaat woensdag al behandeling en heeft verder geen offerte of behandelplan. Maar meneer wilde perse deze behandeling en kiest er dan voor dat hij zeer waarschijnlijk zelf moet betalen. Hij gaat wel rekening indienen voor het geval we wel gedeelte vergoeden, maar is dus nu niet aan te geven voor woensdag."* De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker derhalve vooraf is geïnformeerd dat de mogelijkheid bestond dat de kosten van de radiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Verzoeker is wel gestart met de behandeling en heeft hiermee bewust een financieel risico genomen. Op 26 juni 2013 heeft telefonisch contact met de echtgenote van verzoeker plaatsgevonden. Bij die gelegenheid is uitgelegd waarom de kosten van de radiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de keus van verzoeker om naar Duitsland te gaan. De afwijzende beslissing blijft echter gehandhaafd. Dat dit een teleurstelling is voor verzoeker, is begrijpelijk.

5.8. Indien de commissie van oordeel is dat wél een vergoeding voor onderhavige zorg dient te worden verleend, stelt de ziektekostenverzekeraar dat hooguit het in Nederland gemiddeld gecontracteerde tarief met toepassing van de restitutiekorting zal worden vergoed. In overeenstemming met de uitspraak van de Hoge Raad en eerder door de commissie uitgebrachte bindende adviezen, zou de ziektekostenverzekeraar 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief moeten vergoeden. Tevens dient rekening te worden gehouden met het eigen risico voor 2013 van verzoeker, voor zover dit bedrag nog niet is bereikt.

5.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker geen indicatie had voor de radiotherapie, en de zorg daarom niet doelmatig is. Dat de behandeling succesvol is geweest is mooi, maar zegt niets over de effectiviteit van de alternatieven. Het beroep van verzoeker op het Duitse protocol maakt dit niet anders. Indien de commissie toch besluit tot een toewijzing, dan is van belang dat verzoeker een restitutiepolis heeft, zodat een korting niet aan de orde is. Dit is in afwijking van een eerdere mededeling van de ziektekostenverzekeraar.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek

(…)

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapt. (...)

- 8.4. Artikel B5 van de zorgverzekering betreft indicatie en doelmatigheid, en luidt:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

- 8.5. Artikel B9 van de zorgverzekering betreft kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. (...) Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

*- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
(...)*

*- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.
(...)*

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. (...)"

- 8.6. De artikelen B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoeker is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te krijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op die situatie is artikel 20 Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Vaststaat dat verzoeker kort voor de behandeling telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad over de vergoeding van de kosten. Een verzekerde is bij een verzoek om toestemming gehouden de verzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoeker hieraan niet voldaan. Dit betekent dat Vo. nr. 883/2004 in dit geval buiten toepassing blijft, en dat dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat radiotherapie van bekkenmetastasen bij prostaatcarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat deze behandeling in het geval van verzoeker niet geïndiceerd en niet doelmatig is. Verzoeker heeft dit bestreden. De commissie stelt te dien aanzien vast dat radiotherapie van bekkenmetastasen conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee tot de verzekerde zorg behoort. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is devraag die thans voorligt of verzoeker ten tijde van de behandeling een indicatie voor radiotherapie had.


9.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 24 oktober 2014 geconcludeerd dat verzoeker geen indicatie had voor bestraling van de bekkenmetastasen, omdat verzoeker op dat moment geen (pijn)klachten had. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd, onder andere dat pijnklachten een subjectief karakter hebben, kan niet leiden tot een ander oordeel. Derhalve heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.


 **Conclusie**

9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 28 januari 2015,

 Voorzitter