



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Geneeskundige zorg, High-Intensity Focussed Ultrasound (HIFU), prostaatcarcinoom, stand wetenschap en praktijk, coulance  
Zaaknummer : 201700770  
Zittingsdatum : 7 maart 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd B, beiden te C,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,  
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 grond van de verzekering Menzis Basis (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 GarantVerzorgd 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 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering GarantTandVerzorgd 350 is niet in geschil en blijft daarom 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 een High-Intensity Focussed Ultrasound (hierna: HIFU) behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Op 27 januari 2017 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar wederom aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de HIFU-behandeling. Bij brief van 30 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld bij zijn afwijzende beslissing te blijven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brieven van 25 september 2017 en 24 oktober 2017 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 of op basis van coulance (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 december 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 10 en 16 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien op 5 maart 2018 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 29 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief 30 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018000030) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat whole-gland en focale HIFU bij prostaatacarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit geldt voor zowel de primaire behandeling als de salvage behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 7 maart 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 7 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 maart 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de voorgedragen pleitnota 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 in april 2016 voor het eerst gediagnosticeerd met prostaatacarcinoom. Voorts lijdt hij als gevolg van een oorlogstrauma aan een ernstige vorm van posttraumatische stress-stoornis (hierna: PTSS). Hij heeft in meerdere ziekenhuizen diverse artsen bezocht om met hen de verschillende behandelopties, te weten opereren of bestralen, te bespreken. Vanwege de PTSS was bestraling niet mogelijk. Verzoeker verwijst in dit verband naar een verklaring van een radioloog van het UMCG. Aanvankelijk stond op 2 augustus 2016 een operatie gepland in het St. Antonius Hospital in Gronau (Duitsland). Deze is echter niet uitgevoerd in verband met de PTSS én omdat de kosten van de operatie niet volledig zouden worden vergoed, daar het om een operatie in het buitenland ging. Door andere, door hem geconsulteerde artsen is verzoeker gewezen op de mogelijkheid van een HIFU-behandeling. Verzoeker heeft zich vervolgens tot de HIFU-kliniek in Bergen op Zoom gewend. Gezien de plaats, omvang en mate van agressiviteit van de tumor in combinatie met de PTSS was een HIFU-behandeling volgens de behandelend arts dé aangewezen behandeling. Dit wordt volgens verzoeker onderschreven door de andere door hem geconsulteerde artsen. Verzoeker heeft ter onderbouwing een verklaring van een uroloog van het Martini Ziekenhuis van 16 januari 2017 overgelegd waarin het volgende is opgenomen: "(...) *Belangrijke factor in de keuze van de juiste behandeling was de [PTSS] van patiënt. Uitgebreid hebben we met hem de mogelijkheden tot operatie en externe radiotherapie besproken. Beide bleken niet mogelijk in verband met het niet aanwezig kunnen zijn van patiënt in kleine ruimtes. Daarom is de HIFU-behandeling wel geschikt voor patiënt. Hierbij hield hij de controle. (...)*"  
Op 25 september 2016 is de HIFU-behandeling met succes uitgevoerd.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de HIFU-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat geen sprake is van verzekerde zorg. Volgens verzoeker is dit standpunt onjuist en voldoet de HIFU-behandeling wel degelijk aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het standpunt dat het Zorginstituut, voorheen het CVZ, daarover heeft ingenomen in zijn advies aan de commissie van 22 april 2013 is achterhaald. Sindsdien zijn namelijk diverse wetenschappelijke studies en publicaties verschenen over de effectiviteit en gunstige effecten van de HIFU-behandeling. Bovendien heeft de Food & Drug Administration de behandeling voldoende bewezen effectief verklaard, voldoet de behandeling aan de Europese richtlijnen en wordt deze in meerdere (Europese) landen vergoed. De HIFU-behandeling is voor de patiënt minder belastend dan bestraling of een operatie en zorgt voor meer behoud van de kwaliteit van leven. Bovendien is de behandeling goedkoper. Verzoeker merkt op een hoogleraar klinische epidemiologie te hebben benaderd die schriftelijk zal beoordelen of de HIFU-behandeling die hij heeft ondergaan, gelet op alle wetenschappelijke studies en publicaties, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voorts wijst verzoeker op het feit dat een advocatenkantoor, optredend namens de behandelend arts van de HIFU-kliniek, het Zorginstituut reeds heeft gevraagd opnieuw te onderzoeken of de HIFU-behandeling thans wel aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.
- 4.3. Indien desalniettemin mocht blijken dat de HIFU-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet voor vergoeding op grond van de zorgverzekering in aanmerking komt, meent verzoeker dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten, omdat zijn situatie voldoet aan de door de Hoge Raad in zijn uitspraak van 19 december 2014 gestelde criteria waarbij een bepaalde zorgvorm - ook al vormt deze geen onderdeel van het verzekerde pakket - toch voor vergoeding in aanmerking kan komen. Allereerst zijn de kosten van de behandeling hoog, namelijk € 9.850,-, en kan verzoeker deze niet dragen. Voorts waren er, gezien de medische situatie van verzoeker, voor hem geen alternatieven. Verder is prostaatcancer een ziekte die zonder behandeling levensbedreigend kan zijn. Niet behandelen resulteert in ernstige mictieklachten en kan leiden tot een situatie waarin helemaal niet meer kan worden geürineerd. Ook kan niet-behandelen leiden tot uitzaaiingen in de botten en ernstige bot- en bekkenpijnen. Aldus zou zonder de HIFU-behandeling sprake zijn geweest van ernstig lijden door verzoeker. Tot slot heeft de behandelend arts verklaard dat de behandeling, net als in andere Europese landen, vanwege bewezen werkzaamheid en doelmatigheid in aanmerking komt om in de basisverzekering te worden opgenomen.
- 4.4. Verzoeker meent verder dat de ziektekostenverzekeraar coulance moet toepassen, omdat er in zijn specifieke geval - gelet op de PTSS - geen andere behandelmogelijkheid was.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zich niet gehoord voelt. Zowel het Zorginstituut als de ziektekostenverzekeraar heeft geen aandacht besteed aan de aangedragen bijzondere omstandigheden. Indien geen vergoeding gaan worden verleend op grond van de wet- en regelgeving kan de ziektekostenverzekeraar wellicht uit coulance een vergoeding worden verleend.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor zorg indien de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen en de zorg doelmatig is. Verder dient sprake te zijn van gebruikelijke zorg. Dit is het geval indien de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling of een behandeling aan dit criterium voldoet, wordt aangesloten bij de in de medische wereld gangbare werkwijze 'Evidence Based Medicine'. Uit diverse objectieve wetenschappelijke onderzoeken moet blijken dat de gekozen behandeling een meerwaarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling.

5.2. Verzoeker heeft op advies van zijn behandelend artsen een HIFU-behandeling ondergaan. Volgens hem voldoet de behandeling aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker wijst in dit verband op de richtlijn van de European Association of Urology (EAU) en een publicatie van de FDA. Uit paragraaf 6.4.3. van de EAU-richtlijn volgt echter dat het moet gaan om patiënten die deelnemen aan een 'clinical trial'. Dit is in het geval van verzoeker niet aan de orde. Voorts zegt de FDA enkel iets over de toepasbaarheid en veiligheid van HIFU, en niets over de effectiviteit bij prostaatcancer. De ziektekostenverzekeraar heeft gezocht in diverse databanken en tevens heeft hij onderzocht welk standpunt grote verzekeraars als Aetna en Cigna over HIFU innemen. Tot slot staat in de landelijke richtlijn 'Prostaatcarcinoom versie 2.1.' van 15 september 2016 van het Integraal Kankercentrum Nederland Oncoline (IKNL) het volgende: *"De werkgroep gaat er vanuit dat deze behandelingen slechts in onderzoeksverband worden uitgevoerd, met - bijbehorend - informed consent."*

Op basis van het verrichte onderzoek komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat de HIFU-behandeling die verzoeker heeft ondergaan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de zorgverzekering. Tevens merkt hij op dat ook de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige behandeling.

5.3. Gelet op de precedentwerking is de ziektekostenverzekeraar niet bereid voor verzoeker een uitzondering te maken door de kosten van de HIFU-behandeling coulanchehalve te vergoeden.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 'algemene voorwaarden' 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 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering of op basis van coulanche.

## 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering bepaalt onder andere wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en de betreffende passage op bladzijde 31 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. (...)*"

8.4. De zorgverzekering regelt verder de inhoud en omvang van de verzekerde zorg. De betreffende passage op bladzijde 7 luidt:

**"De inhoud en omvang van de zorg**

*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. (...)"*

8.5. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties , bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, 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 het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.7. 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.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem in de HIFU-kliniek ondergane HIFU-behandeling. Mede gelet op de door partijen ingenomen standpunten is de vraag die als eerste ter beantwoording voorligt of de HIFU-behandeling bij prostaatacarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. 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 (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time) 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.
- 9.3. 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 opgewaardeerd ('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.
- 9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de uitgevoerde HIFU-behandeling, is door het Zorginstituut uitgevoerd en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 30 januari 2018 verwoord. De conclusie van het advies is dat whole-gland en focale HIFU bij prostaatacarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Dit geldt zowel voor de primaire als

de salvage behandeling. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen door verzoeker in dit verband is aangevoerd, met name de verwijzing naar de FDA en naar Europese richtlijnen, het standpunt van een hoogleraar epidemiologie ter zake en de correspondentie die hierover kennelijk door een advocaat wordt gevoerd met het Zorginstituut, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

### Redelijkheid en billijkheid

- 9.6. Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) blijkt dat het weigeren van een vergoeding omdat de aanspraak buiten de verzekeringsdekking valt, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar kan zijn, en wel indien zich (zeer) bijzondere omstandigheden voordoen die dat oordeel rechtvaardigen. Die bijzondere omstandigheden doen zich voor als (i) de kosten zodanig zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan dragen, (ii) alternatieven ontbreken, (iii) de zorg of het geneesmiddel noodzakelijk is in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden en (iv) aan valt te nemen dat die zorg of dat geneesmiddel, mede in verband met de werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het verzekerde pakket. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.7. Vast staat dat de bij verzoeker uitgevoerde HIFU-behandeling € 9.850,00 heeft gekost. Hoewel verzoeker heeft gesteld dat de kosten hoog zijn en dat hij deze niet zelf kan dragen, zijn de betreffende kosten wel betaald, waaruit zou kunnen worden geconcludeerd dat niet aan de onder (i) genoemde voorwaarde is voldaan. Wordt evenwel het tegendeel aangenomen, dan geldt ten aanzien van voorwaarde (ii) dat, anders dan verzoeker stelt, de commissie van oordeel is dat er in zijn geval wel alternatieve mogelijkheden voorhanden waren. Voor verzoeker stond immers op 2 augustus 2016 een "klassieke operatie" gepland, uit te voeren in het St. Antonius Hospital in Gronau. Deze operatie is volgens verzoeker niet doorgegaan vanwege zijn PTSS én het niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen van de kosten van de operatie, omdat deze zou worden uitgevoerd in het buitenland. Met betrekking tot het argument van de PTSS blijkt uit de stukken dat de kosten van zowel het verblijf van verzoeker in een eenpersoonskamer alsmede het verblijf van zijn echtgenote door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed, én dat de aldaar werkzame arts voor vertrouwen en rust zorgde bij verzoeker. Voornoemd argument kan om deze reden dan ook niet overtuigen. Dat mogelijk een deel van de kosten voor rekening van verzoeker zou blijven, maakt niet dat moet worden geconcludeerd dat de behandeling in Gronau om die reden géén alternatief vormde. Onduidelijk is immers om welk bedrag het hierbij zou zijn gegaan en of inderdaad niet van verzoeker kon worden gevegd dat hij dit voor zijn rekening zou nemen. De commissie merkt in dit verband op dat de toegezegde vergoeding ook betrekking had op de niet-verzekerde verblijfskosten van de echtgenote van verzoeker. Aangezien sprake was van een alternatief behoeft de vraag of aan de overige voorwaarden is voldaan geen verdere bespreking. De commissie concludeert dat toepassing van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen beperking tot die zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk in de situatie van verzoeker niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is zodat deze beperking verzoeker kan worden tegengeworpen.

### Coulance

- 9.8. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar, gezien zijn specifieke situatie, zo nodig coulance dient te betrachten. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek tot vergoeding op basis van coulance, gelet op de mogelijke precedentwerking, afgewezen. De commissie oordeelt dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het



door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid van willekeur zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2018,

A.I.M. van Mierlo