

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen D te B
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, laparoscopische transmesocolische excisie met colon-anele J-pouch, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2012.01047
Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

D te B, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een laparoscopische transmesocolische excisie met colon- anale J-pouch, uitgevoerd te Leuven (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 november 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 februari 2012 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 16 oktober 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 28 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 januari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 juli 2013 (zaaknummer 2013003503) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat de behandeling van een distaal gelegen rectumcarcinoom met een intersfincterische rectumresectie en totale mesorectale excisie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 juli 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 juli 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 19 juli 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 9 augustus 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In 2011 is bij verzoeker een tumor op de endeldarm geconstateerd. Hij heeft hiervoor een chemokuur en bestraling ondergaan in een ziekenhuis in Nederland. De kosten van deze behandelingen zijn door de zorgverzekeraar vergoed. De behandeling heeft niet ertoe geleid dat de tumor verdween. Na consultaties van chirurgen in verschillende ziekenhuizen bleek dat verzoeker de keuze had uit twee behandelingen. Hij kon kiezen tussen een verwijdering van ongeveer twaalf centimeter van de endeldarm en het verder moeten leven met een stoma dan wel een (spoed)operatie in het ziekenhuis in België ter verwijdering van de tumor met een uitgebreide nabehandeling. Bij de laatste optie zou de endeldarm behouden kunnen blijven.
- 4.2. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor de operatie in België. Hij vernam hierop niets meer waarna hij diverse malen telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar. Een medewerker van de zorgverzekeraar deelde hem op 1 november 2011 mede dat de aanvraag was afgewezen. Een reden werd niet gegeven. Verzoeker zou worden teruggebeld, hetgeen niet is gebeurd. De medewerker heeft niet verwezen naar een gecontracteerde zorgaanbieder en heeft evenmin wachtlijstbemiddeling aangeboden.
- 4.3. De operatie kon niet langer worden uitgesteld. Bij verder uitstel zou een stoma de enige optie zijn. Om die reden heeft verzoeker ervoor gekozen op 10 november 2011

de operatie op eigen kosten te ondergaan. De ingreep kwam gelukkig op tijd en is succesvol verlopen.

- 4.4. De zorgverzekeraar heeft lange tijd niets van zich laten horen. De brief van 14 november 2011 is niet door verzoeker ontvangen. Eerst bij brief van 7 februari 2012 bereikte verzoeker een inhoudelijke reactie van de zorgverzekeraar, waarbij hem duidelijk werd dat vergoeding was afgewezen op de grond dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De behandelend arts heeft echter schriftelijk medegedeeld dat de uitgevoerde behandeling pertinent geen “chirurgisch experimentele behandeling” is.
- 4.5. De kosten van de ingreep bedragen ongeveer € 20.000,--. Verzoeker is niet in staat deze kosten zelf te dragen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in Nederland drie artsen heeft geconsulteerd. Deze artsen hebben hem niet onderzocht, maar deelden hem mede dat zij hem niet konden behandelen. In België heeft verzoeker een arts gevonden die hem wel kon behandelen, en om die reden heeft verzoeker zich tot deze arts gewend voor de behandeling. Deze arts was de eerste arts die hem onderzocht.
Verzoeker stelt tevreden te zijn met het CVZ-advies. In dit goed onderbouwde advies is het CVZ tot de conclusie gekomen dat intersfincterische resectie met totale mesorectale excisie bij rectumcarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiermee valt deze behandeling onder de dekking van de zorgverzekering. Verzoeker brengt in dat de zorgverzekeraar enkele onjuistheden heeft aangehaald. Er is verwezen naar een afwijzingsbrief van 14 november 2011, maar deze brief is nooit door verzoeker ontvangen. Daarnaast is een andere verzekeraar genoemd. Verzoeker is echter al veertig jaar verzekerd bij de zorgverzekeraar. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker in 2011 enkele behandelingen heeft ondergaan die niet succesvol zijn geweest. Echter, de enige behandeling die verzoeker in 2011 heeft ondergaan is bestraling gecombineerd met een chemobehandeling. Deze behandeling is gebruikelijk bij iedere operatieve ingreep die daarop volgen moet, ongeacht welke ingreep dit is.
Tot slot stelt verzoeker dat het om zijn welzijn gaat. De kosten van onderhavige behandeling worden in gedeelten betaald van zijn kleine pensioen. De zorgverzekeraar heeft niets bijgedragen. Er is ook niet ingegaan op een voorstel voor een gedeeltelijke vergoeding.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van de door verzoeker in België ondergane ingreep afgewezen op de grond dat deze in Nederland niet gebruikelijk is. Bij de beantwoording van de vraag of een ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt aangesloten bij de in de medische wereld gangbare werkwijze van “Evidence Based Medicine”. Dit is het proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

- 5.2. In Nederland wordt de onderhavige behandeling wetenschappelijk onderzocht, en vindt vergoeding plaats vanuit de academische component. Er is nu nog onvoldoende bewijs dat deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zodat geen sprake is van verzekerde zorg. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er niet tegen het CVZ-advies wordt ingegaan. Er is volgens het CVZ sprake van verzekerde zorg. Het is voorstelbaar dat de commissie dit advies volgt. De vraag die dan openstaat is hoeveel er wordt vergoed, omdat de operatie in het buitenland heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar verzoekt de commissie rekening te houden met het feit dat de zorg in het buitenland heeft plaatsgevonden, en met eventuele beperkingen. Het is namelijk onduidelijk of de zorg integraal voor vergoeding in aanmerking komt. Per abuis is in het verweerschrift een andere verzekeraar genoemd; dit is een verschrijving.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 15 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een, door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde, als ziekenhuis toegelaten instelling, Instelling voor Medisch Specialistische Zorg of een huispraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, evenals de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont kunt u de benodigde zorg door een buitenlandse zorgverlener of -instelling laten uitvoeren. Als [naam zorgverzekeraar] deze zorgverlener of instelling heeft gecontracteerd, dan ontvangt u geen nota (zie artikel 8.1). Heeft deze zorgverlener of instelling géén contract met [naam zorgverzekeraar], dan ontvangt u wel een nota en vindt vergoeding van de kosten plaats zoals in artikel 8.3 is bepaald. (...)”

- 8.5. Artikel 8.3 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Als de zorg die u nodig heeft naar verwachting tijdig kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener en u toch naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat, vergoedt [naam zorgverzekeraar] de zorgkosten gedeeltelijk zoals dat is bepaald in het Reglement Restitutie.”

- 8.6. Artikel 2.5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“De inhoud en omvang van de zorg in de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering 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 het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, zoals farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. 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 artikelen 2.5, 8.3, 9 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 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. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 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 zorgverzekeraar 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

- 9.1. Verzoeker is naar een andere lidstaat – België – gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat het hier geen verzekerde zorg betreft zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat, en heeft de toestemming geweigerd.
- 9.3. Verzoeker heeft deze weigering gemotiveerd bestreden, zodat de vraag is of de behandeling van rectumcarcinoom met een intersfincterische rectumresectie en totale mesorectale excisie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde menin-

gen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.5. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de bij verzoeker uitgevoerde ingreep is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 9 juli 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat de behandeling van een distaal gelegen rectumcarcinoom met een intersfincterische rectumresectie en totale mesorectale excisie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat de zorgverzekeraar ten onrechte de toestemming heeft geweigerd en verzoeker ten onrechte het S2-formulier heeft onthouden. De zorgverzekeraar dient daarom tot tarifiering over te gaan. Indien tarifiering leidt tot vergoeding en de daadwerkelijke kosten hoger zijn, heeft verzoeker op grond van artikel 8.3 van de zorgverzekering eventueel aanspraak op een aanvullende vergoeding tot maximaal het toepasselijke Nederlandse tarief voor de ingreep, voor zover althans aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de zorgverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering en eventueel aanvulling tot maximaal het toepasselijke Nederlandse tarief voor de ingreep.

9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 28 augustus 2013,

Voorzitter