

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B. erfgename van C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg. buitenland, behandelingen Trans Arteriële Chemo Embolisatie (hierna: TACE-behandeling) bij een pancreascar-
cinoom met metastasering in de vena mesenterica superior in Frank-
furt (Duitsland).
Zaaknummer : 2007.2071
Zittingsdatum : 9 april 2008

Zaak: 2007.2071, geneeskundige zorg, behandelingen Trans Arteriële Chemo Embolisatie (hierna: TACE-behandeling) bij een pancreascarcinoom met metastasering in de vena mesenterica superior in Frankfurt (Duitsland).

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, erfgename van C te D, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 18 april 2007 de onderzoeken van 30 juli en 30 oktober 2007 en de behandelingen Trans Arteriële Chemo Embolisatie (hierna: TACE-behandeling) in Frankfurt (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend medisch-specialist heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "pancreascarcinoom met metastase in de n. mesenterica superior". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding daarvan bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "behandelingen Trans Arteriële Chemo Embolisatie" (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzekerde medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Van 30 maart tot en met 25 juni 2007 hebben de behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzekerde heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzekerde medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 3 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak

alsnog in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren .
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 januari 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 29 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 16 januari en 14 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brieven van 13 en 28 maart 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat behandelingen Trans Arteriële Chemo Embolisatie bij een pancreascarcinoom met metastase in de n. mesenterica superior geen zorg is die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering en de consulten die verband houden met die behandeling evenmin voor vergoeding in aanmerking komen. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de onderhavige behandeling niet expliciet wordt uitgesloten in artikel 15 van de zorgverzekering. De behandeling wordt verricht door een erkend medisch-specialist.
- 4.2. In Nederland was verzekerde uitbehandeld. Hoewel de onderhavige behandeling in Duitsland niet tot genezing zou hebben geleid, kon daarmee het proces worden vertraagd en de hevige pijnen in de laatste fase van de ziekte voorkomen, waardoor de kwaliteit van leven tot het laatste moment behouden bleef.
- 4.3. Voor zover de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt stelt verzoekster dat de onderzoeken van 30 juli en 30 oktober 2007 vergoed dienen te worden, omdat tijdens deze consulten geen behandeling heeft plaatsgevonden.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de TACE-behandeling bij een pancreascarcinoom , geen zorg is die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering . De door verzoekster ingebrachte onderzoeksgegevens brengen in dat standpunt geen verandering.
- 5.2. Voor zover de aanvraag ziet op de onderzoeken van 30 juli en 30 oktober 2007 stelt de zorgverzekeraar dat deze deel uitmaken van de behandeling en om die reden niet

voor vergoeding in aanmerking komen.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er terecht is afgewezen.

6 De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

De beoordeling van het geschil

7.

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 21 van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat:

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

Artikel 2.3 ziet op de medische noodzaak en bepaalt het volgende:

"Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorg vorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vak gebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. "

- 7.2. De regeling in de artikelen 15 en 2.3 van de zorgverzekering is volgens artikel 1.65 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. Artikel 2.1 regelt in lid 2 dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of een Trans Arteriële Chemo Embolisatie behandeling bij een pancreascarcinoom met metastasering in de v. mesenterica superior, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, valt te kwalificeren als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.6. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

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

7.7. Indien uit tenminste 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 aangetroffen worden, wordt bewijsvoering 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 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.

7.8. Onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de TACE-behandeling is door het College voor zorgverzekeringen uitgevoerd in RZA 2005/168 en in zijn advies van 13 maart 2008, waarin tevens een beoordeling heeft plaatsgevonden van de door verzoeker ingebrachte literatuur. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

7.9. Ten aanzien van de TACE behandeling kan aan de hand van kwalitatieve onderzoeken worden geconcludeerd dat sprake is van een gebruikelijke behandeling ter levensverlenging bij geïsoleerde levermetastase van het mamma carcinoom of het coloreetaal carcinoom, of een niet resecteerbaar hepatocellulair carcinoom of cholangiocarcinoom. Hieruit volgt dat TACE ook een gebruikelijke behandeling is ter palliatie bij de hier genoemde levertumoren. Daarbij zij benadrukt dat de behandeling moet passen bij de indicatie van de ziektekenmerken van de betreffende patiënt. De

meerwaarde ten opzichte van andere ablatie technieken is niet aangetoond.

7.10. De commissie stelt vast dat bij verzekerde geen sprake was in één van de bovengenoemde tumorvormen, zodat een TACE-behandeling in de situatie van verzekerde naar internationale maatstaven niet voldoende beproef en deugdelijk is bevonden en daarmee geen zorg is zoals medisch-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering.

7.11. Met betrekking tot het gevraagde consulten van 30 juli en 30 oktober 2007 ten behoeve van de nacontrole van de behandeling die van 30 maart tot en met 25 juni 2007 heeft plaatsgevonden, oordeelt de commissie als volgt. In beginsel geldt dat een consult in het kader van de nacontrole, uitsluitend ten behoeve van een behandeling, niet zelfstandig voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. In dat kader is van belang dat de omvang van het verzekerde pakket van een zorgverzekering niet door de zorgverzekeraar doch door de wetgever wordt bepaald, waarbij hij om redenen van budgettaire aard er welbewust voor kiest niet alle medisch noodzakelijke zorg in het verzekerde pakket op te nemen. Zulks kan de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 april 2008,

Voorzitter