

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in zijn hoedanigheid van erfgenaam van F tegen C en E
beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, transarteriële chemo embolisatie
(TACE), stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2011.02257
Zittingsdatum : 7 maart 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van erfgenaam van F hierna te noemen: erflaatster,

tegen

1) C en

2) E beiden te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vrije Keuze Topfit en Tandfit Module D afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Erflaatster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van transarteriële chemo embolisatie (TACE), ondergaan in Frankfurt am Main (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Erflaatster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 15 november 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mail van 16 november 2011 heeft erflaatster 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 erflaatster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

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

- 3.6. Erflaatster is op 20 november 2011 overleden.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 december 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 januari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van horen.
- 3.9. Bij brief van 23 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011138454) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat TACE bij uitgezaaide alveeskliekkanker geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 7 maart 2012 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 maart 2012 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 13 maart 2012 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 september 2010 is bij erflaatster een vorm van alveeskliekkanker geconstateerd. De enige behandeling bestond uit chemotherapie, die was bedoeld de bijverschijnselen van de aandoening tegen te gaan. In de periode van oktober tot en met december 2010 heeft erflaatster negen chemobehandelingen ondergaan. Begin 2011 is een nieuwe behandeling gestart. Het gevolg hiervan was dat erflaatster de gehele dag in bed lag door vermoeidheid, misselijkheid en allerlei ontstekingen.
- 4.2. In januari 2011 heeft verzoeker dr. Vogl in Frankfurt am Main bezocht. Deze stelde een behandeling met TACE voor. Door deze behandeling is de tumor met de helft geslonken. Erflaatster kwam terug op haar oude gewicht, was niet meer misselijk, en leefde een nagenoeg normaal leven met een goede levenskwaliteit.
- 4.3. De kosten van ongeveer € 3.000,-- per maand waren voor erflaatster en verzoeker niet op te brengen. Verzoeker bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Deze behandeling wordt vaak uitgevoerd bij mensen die elders zijn uitbehandeld, waardoor

de resultaten slechter zijn.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat erflaatster langer heeft geleefd door de behandelingen met TACE, en dat zij hierbij een goede kwaliteit van leven heeft gehad. Deze zorg moet daarom worden opgenomen in het verzekerde pakket.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit een standpunt van het CVZ volgt dat TACE niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Om die reden komen de kosten van de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. Het argument dat in Nederland geen behandelkosten meer worden gemaakt is geen reden om alsnog vergoeding te verlenen voor een behandeling waarop geen aanspraak bestaat. De zorgverzekering kent geen mogelijkheid van substitutie, in die zin dat kosten van zorg die niet tot de verzekerde prestaties behoort kunnen worden vergoed uit middelen die worden bespaard doordat zorg die wel tot de verzekerde prestaties behoort niet wordt genoten.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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.

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 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 5 van ‘Deel B Omvang Dekking’ 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 vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen. (...)”

- 8.4. Artikel 2 lid 3 van ‘Deel A Algemene Bepalingen’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“De aanspraak op vergoeding van kosten op de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)”

- 8.5. De artikelen 2 lid 3 van ‘Deel A Algemene Bepalingen’ en 5 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van ‘Deel A Algemene Bepalingen’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.

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 of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.8. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien erflaatster voorafgaand aan de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd, dient te worden getoetst aan Vo 883/2004 en het Werkingsverdrag. Zoals de commissie in eerdere zaken heeft geoordeeld, kan een beroep op de Verordening niet leiden tot een uitbreiding van de verzekeringsaanspraken of een verruiming van het indicatiegebied, zodat ook in dat kader relevant is of de behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en of erflaatster hiervoor een indicatie had. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag in de eerste plaats of TACE bij de indicatie van erflaatster voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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 onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot TACE bij de indicatie van erflaatster is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 26 januari 2012 verwoord. De conclusie van het advies is dat de behandeling van uitgezaaide alveesklieerkanker met TACE geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt die tot de hare.
- 9.6. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie, is afgifte van het S2-formulier terecht geweigerd en ontstaat geen aanspraak op een aanvullende vergoeding op grond van het Werkingsverdrag.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.8. 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 2012,

Voorzitter