

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door E verbonden aan F tegen C te D
Zaak : EU-EER, Geneeskundige zorg, Trans Arteriële Chemo Embolisatie (TACE) en Laser-induced Interstitial Thermotherapy (LITT) bij een maligne ameloblastoom in de bovenkaak met multiële uitzaaiingen in de lever
Zaaknummer : 2009.01689
Zittingsdatum : 10 februari 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, 2008, 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.14 Bzv, 2.38 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E verbonden aan F
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 21 november 2007 en 13 februari 2008, waarbij haar een vergoeding tot maximaal € 1.654,50 per TACE-behandeling (Trans Arteriële Chemo Embolisatie) is toegezegd. Verzoekster komt tevens op tegen de beslissing van 22 mei 2008, waarbij het verzoek voor vergoeding van de kosten van LITT-therapie (Laser-induced Interstitial Thermotherapy) is afgewezen. Voorts komt verzoekster op tegen de beslissingen van 10 september 2008 en 24 maart 2009, waarbij haar een vergoeding tot maximaal € 2.126,65 per TACE-behandeling is toegezegd.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar enkele aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten, welke geen dekking bieden voor het gevraagde, en daarom in het vervolg buiten beschouwing blijven.
- 3.2. De behandelend kaakchirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “een maligne ameloblastoom in de bovenkaak, paramediaan rechts, met multipole uitzaaiingen in de lever”. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op “experimentele chemotherapie” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 november 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij in aanmerking komt voor gedeeltelijke vergoeding van de gevraagde zorg; de vergoeding bedraagt € 1.654,50 per TACE-behandeling in het Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie te Frankfurt, Duitsland. Hierbij wordt vermeld dat het experimentele chemotherapie betreft. De machtiging is verleend voor de periode van 7 november 2007 tot 6 februari 2008.
- 3.3. Verzoekster is op 22 november 2007 gestart met de TACE-behandelingen.

- 3.4. Op 13 februari 2008 is nogmaals een machtiging verleend voor de TACE-behandelingen; de vergoeding bedraagt € 1.654,50 per behandeling. Deze machtiging betreft de periode van 7 februari 2008 tot 6 mei 2008.
- 3.5. Op 22 mei 2008 heeft verzoekster een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van LITT-therapie. De eerste behandeling had reeds op 20 mei 2008 plaatsgevonden.
- 3.6. Op 12 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag afgewezen.
- 3.7. Op 29 augustus 2008 heeft de werkgever van verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd de machtiging voor de chemokuren te verlengen en over te gaan tot volledige vergoeding van de kosten, inclusief reis- en verblijfkosten, in verband met de chemokuren in Frankfurt.
- 3.8. Op 10 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals een machtiging verleend voor de TACE-behandelingen; de vergoeding bedraagt € 2.126,65 per behandeling. Deze machtiging betreft de periode van 26 augustus 2008 tot 31 december 2008. De machtiging is beperkt tot twee behandelingen, omdat verzoekster reeds zeven behandelingen vergoed heeft gekregen.
- 3.9. Op 18 november 2008 heeft de werkgever van verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van de tiende TACE-behandeling. Op 15 december 2008 wordt verzocht om vergoeding van de elfde behandeling.
- 3.10. Op 24 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend voor twee TACE-behandelingen in de periode tot 15 januari 2009. De vergoeding bedraagt maximaal € 2.126,65 per behandeling.
- 3.11. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Zij is van mening dat de kosten van de TACE-behandelingen volledig vergoed dienen te worden. Ook de kosten van de LITT-behandelingen wil zij vergoed krijgen. Bij brief van 3 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.12. Bij brief van 30 juli 2009 heeft verzoekster 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 (hierna: het verzoek).
- 3.13. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.14. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 25 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 december 2009 aan verzoekster gezonden.

- 3.15. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft niet gereageerd op het verzoek mede te delen of zij gehoord wil worden, en is daarom uitgenodigd voor de mondelinge hoorzitting.
- 3.16. Bij brief van 2 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29131924) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de TACE-behandelingen en de gecombineerde TACE- en LITT-behandelingen bij de betreffende indicatie geen zorg zijn conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarom geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.17. Verzoekster is op 10 februari 2010 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 CVZ.
- 3.18. Bij brief van 19 februari 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 februari 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in september 2001 een 'cyste' uit haar bovenkaak is verwijderd. Achteraf bleek echter dat het geen cyste was, maar een ameloblastoom; dit is een tumor die het bot vernietigt en zeer agressief is. Uit de controles na de behandeling kwamen geen bijzonderheden naar voren. Eind augustus 2007 ontstonden hevige pijn aanvallen in haar buik en schouder. De oorzaak hiervan kon niet direct worden vastgesteld. Pas enkele weken later en na diverse onderzoeken bleek dat sprake was van uitzaaiingen van de ameloblastoom in de lever. De artsen wisten niet hoe zij deze uitzaaiingen moesten behandelen, omdat dit zelden voorkomt bij een ameloblastoom.
- 4.2. Verzoekster had via een collega vernomen over dr. Vogl in Frankfurt. In november 2007 is zij daar voor een second opinion naartoe gegaan. Dr. Vogl kon, gezien de zeldzaamheid van haar aandoening, niet vertellen hoe haar ziekte zou verlopen, maar hij kon wel levensverlengende behandelingen met hoge kwaliteit van leven uitvoeren. Hij stelde voor om te starten met TACE-behandelingen en daarna mogelijk LITT-behandelingen; zij moest wel zo snel mogelijk met de behandelingen beginnen. Er was geen keus, aangezien zij in Nederland alleen een experimentele chemotherapie kon ondergaan.
- 4.3. Verzoekster is van mening dat de kosten van de TACE-behandelingen volledig vergoed dienen te worden, omdat deze behandelingen in Nederland destijds niet mogelijk waren. Alleen in het UMC te Utrecht was een fase 1 behandeling mogelijk, maar daarvan is geen gebruik van gemaakt vanwege het experimentele karakter van deze behandeling. De TACE-behandelingen kosten € 3.500,-- á € 4.000,-- per keer; de ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts een deel van deze kosten, waardoor een

aanzienlijk bedrag voor rekening van verzoekster blijft. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar niet vermeld op grond van welke polisvoorwaarden de kosten niet volledig worden vergoed. Op grond van de polisvoorwaarden dient de vergoeding van de TACE-behandelingen gemaximeerd te worden, maar voor haar moet een uitzondering gemaakt worden, omdat zij is aangewezen op de behandelingen in Duitsland.

- 4.4. De kosten van de LITT-behandelingen dienen eveneens vergoed te worden. De behandeling heeft bij haar uitstekende resultaten opgeleverd.
- 4.5. Ter zitting is de voorgeschiedenis verteld, en toegelicht hoe zij bij dr. Vogl onder behandeling is gekomen. Het carcinoom is inmiddels necrotiserend en daarmee is bewezen dat de behandelingen werkzaam zijn. Haar aandoening is zo zeldzaam en dodelijk dat zij de ontwikkelingen in de wetenschap niet kan afwachten, daarom is een zekere coulance aangewezen.

Ter zitting zijn nog twee stukken van de behandelend artsen overgelegd. Bovendien heeft verzoekster vergoeding van parkeer-, reis- en verblijfkosten gevorderd. Uit de vergoeding van de TACE-behandeling volgt dat deze kosten moeten worden vergoed. De kosten van zittend ziekenvervoer komen immers voor vergoeding in aanmerking als sprake is van behandeling met radio- of chemotherapie.

- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat op grond van de polisvoorwaarden de kosten van voorzienbare zorg in het buitenland, verleend door een zorgverlener die niet volgens het ziekenfondstarief van dat land werkt en/of niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, vergoed worden tot 100 percent van het in Nederland geldende tarief voor de desbetreffende zorgvorm. Het tarief voor de in Nederland gehanteerde DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) is bepalend. In dit specifieke geval is besloten voor de TACE-behandelingen DBC 62.11.00.01.62.00.35 te hanteren, omdat deze het beste past bij de behandelingen die verzoekster heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar is daarbij van mening dat als deze zorg in Nederland voorhanden was, het tarief niet hoger zou liggen dan het tarief van deze DBC. Volgens de DBC-systematiek mag per 365 dagen één DBC in rekening worden gebracht, daarna mag eventueel een vervolg-DBC worden geopend. Verzoekster heeft tussen 21 november 2007 en 15 januari 2009 elf TACE-behandelingen gehad. In plaats van één DBC per 365 dagen is de ziektekostenverzekeraar bij de vergoeding van de kosten uitgegaan van één DBC per behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft hierdoor een hogere vergoeding uitgekeerd dan waarop verzoekster volgens het Nederlandse stelsel aanspraak heeft.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat enkele fouten zijn gemaakt bij het uitkeren van de vergoedingen voor de TACE-behandelingen, waardoor de ene keer teveel en de andere keer te weinig is uitgekeerd. Als alle uitgekeerde bedragen bij elkaar worden opgeteld en de uit te keren bedragen daarvan afgetrokken worden, blijkt dat een bedrag van € 1.682,93 teveel is uitgekeerd aan verzoekster. Dit bedrag zal de ziektekostenverzekeraar niet terugvorderen.

- 5.3. Ten aanzien van de LITT-behandelingen stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en evenmin in het betrokken vakgebied gelden als verantwoorde en adequate zorg.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat TACE en LITT bij deze indicatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. Toch heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten gedeeltelijk vergoed. Een hogere vergoeding is niet mogelijk.
De kosten van vervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien vooraf een machtiging is aangevraagd en het een gebruikelijke behandeling betreft. De eveneens gevorderde kosten voor logies en parkeren komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn de gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de TACE-behandelingen, ten laste van de zorgverzekering, het niet vergoeden van de kosten van de LITT-behandelingen, en het niet vergoeden van de kosten van ziekenvervoer, verblijf en parkeren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

- 8.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 37 (2008) van de zorgverzekering. Aangezien het grootste gedeelte van de kosten betrekking heeft 2008, vermeldt de commissie in dit advies de polisvoorwaarden van 2008. Voor 2007 en 2009 gelden gelijklopende polisvoorwaarden, maar wijkt de nummering van de artikelen af.
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”

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

“De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

*- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
(...)”*

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden (...)"

Artikel 12.4 van de zorgverzekering regelt de vergoeding van de kosten indien de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en luidt, voor zover hier van belang:

"Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.(...)"

Artikel 2.3 van de zorgverzekering bepaalt:

"Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts als en voorzover de verzekerde op de zorgvorm 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 ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

In artikel 37 van de zorgverzekering is een aanspraak opgenomen voor zittend ziekenvervoer. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 36, Ambulancevervoer, of vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering komen;
(...)

4. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen als hij van een van de personen of instelling komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Als het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,25 per kilometer volgens de Regeling zorgverzekering.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

(...)

b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

(...)

Eigen bijdrage: ten hoogste € 86,- per kalenderjaar volgens de Regeling zorgverzekering.

(...)

Voorschrift: huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

1. als [naam ziektekostenverzekeraar] toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;

(...)"

Voor 2007 bedraagt de vergoeding per kilometer € 0,25 en voor 2009 € 0,28. De verschuldigde eigen bijdrage is voor 2007 vastgesteld op € 85,00 per kalenderjaar en voor 2009 op € 89,00 per kalenderjaar.

- 8.2. De artikelen 2.3, 9, 12.4, 15 en 37 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.13, 2.14, 2.15 en 2.16 Bzv.
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

De TACE- en LITT-behandelingen

- 9.2. Het geschil betreft allereerst de vraag of de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de TACE-behandelingen op grond van de polisvoorwaarden heeft mogen beperken tot maximaal het Nederlands tarief. Daarnaast speelt de vraag of de LITT-behandelingen – al dan niet in combinatie met TACE-behandelingen - voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij de beantwoording van de laatste 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 beroepsgeenoten.
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 de gecombineerde TACE- en LITT-behandelingen bij een geval als het onderhavige is door het CVZ blijkens zijn advies van 16 december 2009 uitgevoerd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.6. Nu gebleken is dat geen sprake is van zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk, bestaat geen aanspraak op de gecombineerde TACE-en LITT-behandelingen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar meerdere machtigingen heeft verleend voor de TACE-behandelingen en hij de kosten van de TACE-behandelingen ook reeds gedeeltelijk heeft vergoed, is de commissie van oordeel dat de beantwoording van de vraag of in geval van de TACE-behandelingen sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven. Hetzelfde geldt ook voor de vraag naar de indicatie.
- 9.7. Rest het punt van de hoogte van de vergoeding voor de TACE-behandelingen. Verzoekster maakt op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige behandelingen oordeelt de commissie als volgt.
In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde DBC-code. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 62.11.00.01.62.00.35 ziet op reguliere zorg / electieve embolisatie, niet nader omschreven onderzoek of behandeling door radiologie. Deze DBC-prestatiecode is naar het oordeel van de commissie, mede in aanmerking genomen dat verzoekster in de procedure niet aanmerkelijk heeft gemaakt dat er een andere, in haar situatie beter passende DBC-code bestaat, niet onredelijk.

- 9.8. De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. In de onderhavige zaak heeft de ziektekostenverzekeraar echter per TACE-behandeling het DBC-tarief toegekend. Aangezien alle kosten betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn begrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code is geëigend.
- 9.9. Het DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de ziektekostenverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.

Kosten zittend ziekenvervoer

- 9.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van in totaal elf TACE-behandelingen aan verzoekster vergoed. Hiervoor is de DBC-code 62.11.00.01.62.00.35 (reguliere zorg / electieve embolisatie, niet nader omschreven onderzoek of behandeling door radiologie) gebruikt. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar impliciet erkend dat sprake is van een verzekerde prestatie, die gedekt is onder de zorgverzekering. Had de ziektekostenverzekeraar een onverplichte vergoeding willen verlenen, dan had het op zijn weg gelegen het coulancekarakter expliciet te vermelden. Dit is echter niet gebeurd. Op grond van de zorgverzekering bestaat zonder meer aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als sprake is van een oncologische behandeling met radiotherapie. Hierbij geldt een beperking van maximaal 200 km enkele reis. Deze beperking geldt niet als de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gegeven. In het onderhavige geval heeft verzoekster geen aanvraag ingediend voor vergoeding van de vervoerskosten. Dat de werkgever van verzoekster hier wel om heeft verzocht, overigens nadat de behandelingen waren aangevangen, doet daar niet aan toe of af. De ziektekostenverzekeraar heeft geen toestemming gegeven voor het vervoer over een grotere afstand dan 200 km.
- 9.11. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster recht heeft op vergoeding van de vervoerskosten tot 200 km enkele reis. Verzoekster heeft daarom aanspraak op vergoeding van de kosten van vervoer naar Frankfurt voor in totaal elf TACE-behandelingen. Per kalenderjaar is een eigen bijdrage verschuldigd. De behandelingen hebben plaatsgevonden in 2007, 2008 en 2009; in 2007 hebben twee TACE-behandelingen plaatsgevonden, in 2008 acht en in 2009 één.
- De vergoeding dient daarom als volgt te worden berekend:
- 2007: $2 \times 200 \text{ km} \times 2 \times \text{€ } 0,25 = \text{€ } 200,--$ -/- $\text{€ } 85,-- = \text{€ } 115,--$
- 2008: $8 \times 200 \text{ km} \times 2 \times \text{€ } 0,25 = \text{€ } 800,--$ -/- $\text{€ } 86,-- = \text{€ } 714,--$
- 2009: $1 \times 200 \text{ km} \times 2 \times \text{€ } 0,28 = \text{€ } 112,--$ -/- $\text{€ } 89,-- = \text{€ } 23,--$
- De totale vergoeding bedraagt derhalve $\text{€ } 852,--$.

Parkeer- en verblijfkosten

- 9.12. In de zorgverzekering is geen aanspraak opgenomen voor verblijf- en parkeerkosten, daarom komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Conclusie

- 9.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de kosten van het zittend ziekenvervoer betreft, met in achtneming van de per jaar geldende maximum vergoeding per kilometer, de per kalenderjaar geldende eigen bijdrage en een maximum van 200 km enkele reis. De totale vergoeding bedraagt derhalve € 852,--. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.14. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1 De commissie wijst het verzoek voor zover het de vervoerskosten betreft gedeeltelijk, zoals aangegeven in 9.11, toe. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter