

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G, tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, TACE-behandeling, carcinoom van de papil van Vater
Zaaknummer : 2010.00900
Zittingsdatum : 17 november 2010

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 2009 artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F te G,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking van Transarteriële chemo-embolisatie (hierna: TACE), uit te voeren door prof. dr. med. Vogl te Frankfurt (Duitsland), (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 11 januari 2010 is afgewezen.

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] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts is niet in het geding en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 11 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 14 april 2010 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 augustus 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 september 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 26 augustus 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010108410) 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 een carcinoom van de papil van Vater niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom geen verzekerde zorg is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 17 december 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 december 2010 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend medisch specialist in Nederland heeft bij verzoekster een “locoregionaal recidief van een papil van Vater” gediagnosticeerd.
- 4.2. Nadat de medisch specialist verzoekster had medegedeeld dat er geen curatieve opties meer waren, maar dat palliatieve radiotherapie of – in een later stadium – chemotherapie te overwegen was, heeft verzoekster zich gewend tot prof. dr. med. Vogl te Frankfurt (Duitsland), alwaar op 5 januari 2010 is gestart met locale chemotherapie intra-arteriaal (TACE-behandeling).
- 4.3. In Nederland was voor haar geen alternatief meer voorhanden. Zij is, met volledige instemming en ondersteuning van de behandelend medisch specialist, door deze naar prof. dr. med. Vogl verwezen. Zoals uit de publicaties op PubMed blijkt, is deze arts één van de zeer weinige deskundigen op dit specifieke terrein. Omdat het gaat om een zeer zeldzame aandoening, is het niet eenvoudig te bepalen of de TACE-behandeling bij deze diagnose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De behandelingen door prof. dr. med. Vogl worden gericht toegepast op de plek waar de kanker aanwezig is, en verhogen de kwaliteit van leven. Zo is na één behandeling de pijn al verdwenen. De nadelige gevolgen van systemische chemotherapie volgens het in Nederland gevolgde protocol zijn er niet.

Zou verzoekster voor die laatste behandeling hebben gekozen, dan waren de kosten wel vergoed ten laste van de zorgverzekering. Zij acht het daarom redelijk dat op basis hiervan vergoeding van de kosten van de TACE-behandeling wordt verleend. Andere ziektekostenverzekeraars maken onder deze omstandigheden wel een andere afweging. Zij legt hiervan bewijsstukken over.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij nog leeft, terwijl door de behandelend arts in Nederland de verwachting werd uitgesproken dat zij binnen enkele maanden tot een jaar zou overlijden. Haar kwaliteit van leven is verbeterd en de tumor is in omvang afgenomen. Verzoekster werkt zelfs weer op therapeutische basis. Met betrekking tot het verslag van de medisch adviseur merkt verzoekster op dat zij vóór de Kerst te horen kreeg dat sprake was van een carcinoom bij de papil van Vater. De specialist kon niets meer doen, behalve het toepassen van palliatieve chemotherapie of bestraling. Verzoekster herinnerde zich toen dat een kennis werd behandeld door prof. dr. med. Vogl. Zij kon daar direct terecht. Hoewel geen sprake was van een verwijzing, werd de keuze voor deze arts wel ondersteund door de handelaars in Nederland.

Op verschillende plaatsen in Nederland, onder andere in Utrecht, loopt een trial naar deze behandeling. Daar komt bij dat er weinig gegevens zijn over een carcinoom van de papil van Vater, omdat dit weinig voorkomt. Het duurt overigens jaren voordat de resultaten van onderzoek bekend zijn, en die tijd had verzoekster niet.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De TACE-behandeling voldoet slechts bij een beperkt aantal diagnoses aan de stand van de wetenschap en praktijk. De onderhavige diagnose voldoet daar niet aan, zodat geen sprake is van een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering. De aandoening is inderdaad zeldzaam, zodat het lastiger is om te voldoen aan het criterium 'conform de stand van de wetenschap en de praktijk'. Hiermee wordt in zoverre rekening gehouden dat ook lagere evidence, zoals een gepubliceerde serie van casuïstiek, wordt geaccepteerd. Met betrekking tot de onderhavige behandeling ontbreekt evenwel ook de lagere evidence.

De behandelend medisch specialist in Nederland heeft verzoekster niet verwezen naar prof. dr. med. Vogl, maar ondersteunt de aanvraag wel.

Voor een (onverplichte) vergoeding, gebaseerd op de Nederlandse tarieven, ziet de ziektekostenverzekeraar geen grond.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het aan de arts is zijn patiënten voor te lichten over de gebruikelijkheid van een behandeling en eventuele trials. De verzekeraar kan niet op de stoel van de arts gaan zitten. Overigens worden de trials niet vergoed vanuit de zorgverzekering.
- 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 TACE-behandeling bij prof. dr. med. Vogl te vergoeden 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 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 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- Artikel 20.2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op medisch-specialistische zorg zonder opname.

U hebt recht op de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

20.2.2. Voorwaarden om voor zorg in aanmerking te komen

U hebt recht op medisch-specialistische zorg zonder opname als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.

(...)

20.2.3. Zorg door een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten

Als u zorg ontvangt van een ziekenhuis waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal een bepaald percentage. Zie artikel 17.5. Het is mogelijk dat u een deel zelf moet betalen. (...)"

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)

Artikel 17.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding wanneer een verzekerde kiest voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling en luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u de passende zorg van goede kwaliteit tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig) percent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) percent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief/bedrag:

- a. *het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. *het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het "marktconform bedrag" is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken."*

In artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is opgenomen dat de inhoud en omvang van de verzekerde zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen 2.5, 11, 20.2 en 17.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. 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 de praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is of een TACE-behandeling bij een locoregionaal recidief van een papil van Vater voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als 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 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.
- 9.3. 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.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ op 14 oktober 2010 uitgevoerd. De conclusie hiervan, namelijk dat de TACE-behandeling bij een locoregionaal recidief van een papil van Vater geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

- 9.5. Nu geen sprake is van een verzekerde prestatie, kan het feit dat met de behandeling kosten zijn bespaard die wel onder de dekking van de zorgverzekering zouden zijn gevallen, niet leiden tot een andere uitkomst. De zorgverzekering voorziet namelijk niet in substitutie van verzekerde zorg door onverzekerde zorg. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat andere ziektekostenverzekeraars een andere afweging maken en de kosten van de onderhavige behandeling wel vergoeden. Nog daargelaten dat deze stelling door haar op geen enkele wijze is onderbouwd, kan de ziektekostenverzekeraar niet gebonden worden geacht door vergoedingen die andere ziektekostenverzekeraars, hetzij onverplicht dan wel ten laste van een aanvullende verzekering doen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. In de aanvullende ziektekostenverzekering is, waar het gaat om zorg in het buitenland, uitsluitend een bepaling opgenomen die ziet op (niet)spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf aldaar. Aangezien verzoekster naar Duitsland is gegaan met het doel daar de onderhavige behandeling te ondergaan, kan de aanvullende ziektekostenverzekering verder onbesproken blijven.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 januari 2011,

Voorzitter