

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, Trans Arteriële Chemo Embolisatie
(TACE-behandeling) bij abdominaal mesothelioom
Zaaknummer : ANO07.225
Zittingsdatum : 22 augustus 2007

Zaak: ANO07.225, geneeskundige zorg, buitenland, Trans Arteriële Chemo Embolisatie (TACE-behandeling) bij abdominaal mesotheliom

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D,
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 31 januari 2007 inzake het niet vergoeden van een Trans Arteriële Chemo Embolisatie (hierna: TACE-behandeling) in Frankfurt (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 31 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat door hem gevraagde TACE behandeling in Frankfurt (Duitsland) niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 8 maart 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de TACE-behandeling te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 21 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 19 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 26 juni 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 6 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 augustus 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 24 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 4 september 2007 van het College voor zorgverzekeringen telefonisch bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 63-jarige man. Uit de brief van zijn behandelend internist van 5 december 2006 blijkt dat verzoeker sinds april 2006 bekend is met een abdominaal mesothelioom. Aanvankelijk was verzoeker onder behandeling van een longarts. Door deze longarts is hij ingelicht over de diagnose en de mogelijke chemotherapeutische behandeling. Verzoeker heeft er voor gekozen deze behandeling niet te ondergaan. Uit deze brief blijkt voorts dat de internist op de hoogte is van de second opinion welke door verzoeker is aangevraagd bij een medisch-specialist in een Universitätsklinik in Frankfurt. De TACE behandeling die verzoeker daar heeft ondergaan is bij hem eveneens bekend. Voorspellingen over de prognose zijn echter moeilijk te geven, gezien het zeldzame ziektebeeld en de datum van de aanvang van de behandeling. Verzoeker gaat met enige regelmaat naar de internist voor het ondergaan van een ontlastende ascitespunctie.
- 4.2. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing van de zorgverzekeraar met betrekking tot de vergoeding van de TACE behandeling. De schriftelijke afwijzing is onbegrijpelijk omdat hem eerder mondeling toestemming was gegeven.
- 4.3. Voorts is verzoeker van oordeel dat het hier om een reguliere chemotherapeutische behandeling gaat.
- 4.4. Door de zorgverzekeraar is verzoeker geen alternatief geboden. Naar inzicht van verzoeker behoort een zorgverzekeraar die geen alternatief kan bieden, op grond van

het arrest van het Europese Hof van Justitie van 16 mei 2006, C-372/04 (Watts), de kosten van de behandeling in het buitenland te vergoeden.

- 4.5. Tot slot brengt verzoeker in dat, nu het gebruikelijkheidscriterium inhoudt dat een behandeling naar de internationale stand van de medische wetenschap voldoende deugdelijk en beproefd dient te zijn, de zorgverzekeraar niet kan volstaan met de niet onderbouwde stelling dat de behandeling in Nederland geen gebruikelijke zorg is. Zijn behandelend artsen zijn van oordeel dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nu toe in Nederland wordt toegepast bij de aandoening waar verzoeker aan lijdt.
- 4.6. Tegen de achtergrond van bovenstaande is verzoeker van oordeel dat de gevraagde TACE-behandeling door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat geen aanspraak bestaat op zorg die niet gebruikelijk is. Evenmin bestaat aanspraak op zorg waar de verzekerde niet naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen en/of waarbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid.
- 5.2. Nu de zorgverzekeraar uit literatuuronderzoek is gebleken dat de onderhavige behandeling bij de aandoening mesothelioom niet tot de internationaal aanvaarde behandelingen kan worden gerekend, kan geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering worden gegeven.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden

teruggekomen. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 13 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 15 bepaalt wanneer aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"Omschrijving:

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

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, (...), medisch specialist.

Machtiging:

ja."

- 7.3. Voorts wordt in artikel 2.3 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

(...)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 vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;"

In artikel 10 worden de uitsluitingen bepaald. Voor zover hier van belang bepaalt artikel 10.2:

"Uitsluitingen

(...)

10.2 Zorg of vergoeding van kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg; (...)."

- 7.4. De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 9.1 van de zorgverzekering. Voor zover in dit kader relevant bepaalt dit artikel:

"9.1.1 Verzekerden woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

- (...)

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden."

- 7.5. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 12.4 van de zorgverzekering dat, voor zover in dit kader relevant, luidt:

"Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten

van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.”

- 7.6. Vergoeding van kosten van niet-spoedeisende zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9.3 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang wordt bepaald:

*”De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
(...)
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.”*

- 7.7. De regeling van de artikelen 2, 9, 10, 12 en 15 is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.8. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv.
- 7.9. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.10. De vraag is of de onderhavige behandeling – te weten een Trans Arteriële Chemo Embolisatie ter behandeling van een mesothelioom – beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.11. De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare benadering volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is. 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.
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 op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht 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, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 7.12. Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek 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 beroeps-
genoten.
Indien geen gerandomiseerde studies aangetroffen worden, wordt bewijs 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 evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 7.13. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij een mesothelioom is door het CVZ in zijn advies van 6 augustus 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.14. Hoewel de commissie zich kan vinden in de stelling van verzoeker dat de motivering van de afwijzing door de zorgverzekeraar te wensen overlaat, komt zij tot de conclusie dat een TACE-behandeling bij een mesothelioom geen geneeskundige zorg is die medisch-specialisten plegen te bieden, als bedoeld in artikel 15 in samenhang met artikel 2.3 van de zorgverzekering.
- 7.15. Met betrekking tot het door verzoeker aangehaalde arrest van het Europese Hof van Justitie (C372/04) merkt de commissie het volgende op. In de betreffende zaak ging het om het plaatsen van een heupprothese, een behandeling die naar de internationale stand van de wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden. Betrokkene moest in haar eigen land echter onaanvaardbaar lang op deze ingreep wachten, als gevolg van een overheidsmaatregel. Als haar geen alternatief geboden zou zijn om in eigen land, overeenkomstig een daartoe strekkende indicatie, sneller geholpen te kunnen worden, had zij zich voor rekening van haar ziektekostenverzekering tot een buitenlandse (Europese) zorgaanbieder mogen wenden.
In het onderhavige geval is niet de wachttijd, maar de gebruikelijkheid van de behandeling in het geding, zodat het beroep van verzoeker op het niet bieden van een alternatief door de zorgverzekeraar, in het kader van zijn zorgplicht bij een naturopolis, niet kan slagen.
- 7.16. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 september 2007,

Voorzitter