

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, transarteriële chemo-embolisatie (TACE)  
Zaaknummer : 2010.01241  
Zittingsdatum : 2 februari 2011

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

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

---

1. Partijen

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

1) C, en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 9 oktober 2009 de kosten verbonden aan behandelingen met transarteriële chemo-embolisatie (TACE), uitgevoerd te Frankfurt am Main (Duitsland) (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

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 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 Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 9 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 2 juli 2010 schriftelijk medegedeeld geen mogelijkheid te zien tot bemiddeling.
- 3.5. Bij brief van 16 augustus 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 1 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 november 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Bij brief van 2 november 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 26 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010132161) 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 levermetastasen niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 december 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 februari 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 7 februari 2011 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 10 februari 2011 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. Verzoekster stelt dat bij haar huidkanker op de lever is geconstateerd. Het betreft een zeer zeldzame vorm van kanker. Daarvoor is zij in Nederland uitbehandeld. De oncoloog heeft verzoekster doorverwezen naar dr. Vogl in Frankfurt am Main. Dr. Vogl heeft enkele TACE-behandelingen toegepast, die hebben geleid tot een verkleining van de tumor. Uit diverse onderzoeken blijkt dat deze behandeling beproefd en deugdelijk is bevonden. Verder blijkt uit een bindend advies van de commissie dat de TACE-behandelingen conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat voorafgaand aan de behandeling telefonisch contact heeft plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is vermeld dat 70 tot 75 percent van de kosten zou worden vergoed. Voorafgaand aan de behandeling zijn scans gemaakt. Deze zouden in Nederland ook zijn gemaakt, en komen om die reden in aanmerking voor vergoeding.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de inhoud en omvang van de zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De behandeling met TACE bij levermetastasen van onbekende origine wordt niet aangemerkt als een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt onder meer uit een advies van het CVZ van mei 2009. Het feit dat de tumor verkleind zou zijn vormt geen reden de behandeling te vergoeden.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet eerder melding is gemaakt van een telefonische toezegging. Uit het dossier blijkt hiervan niet. Op grond van de naturapolis worden de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoed tot 75 percent. De voornoemde scans zijn gemaakt in het kader van de TACE-behandeling, en komen om die reden niet voor vergoeding in aanmerking.
- 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 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 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg 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. (...)*

*Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)"*

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 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*“In deze voorwaarden hebben wij omschreven op welke behandelingen u recht hebt. De inhoud en omvang van deze 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 en 20 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 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruikmaakt van een zorgverlener die niet door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 behandeling met behulp van TACE vanwege metastase van een melanoom in de lever voldoet aan de stand van de wetenschap en de 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 toepas-

sing 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 TACE-behandelingen bij een metastase van een melanoom in de lever is door het CVZ in zijn advies van 26 november 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan, namelijk dat deze behandelingen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.5. Voor zover verzoekster stelt dat in een eerder bindend advies (2009.01689) door de commissie is geoordeeld dat TACE-behandelingen conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, merkt de commissie het volgende op. In bedoeld advies was de verzekeraar overgegaan tot betaling van de behandelingen, zodat het geschil enkel betrekking had op de hoogte van de vergoeding. De commissie heeft derhalve geen oordeel gegeven over de vraag of sprake is van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een en ander volgt uit overweging 9.6 van het betreffende bindend advies.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor TACE-behandelingen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Telefonische toezegging**

- 9.7. Verzoekster heeft ter zitting gesteld dat haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar de toezegging is gedaan dat 75 percent van de kosten van de behandeling zou worden vergoed. Zij heeft hierbij echter niet toegelicht met wie zij heeft gesproken en wanneer, en wat daarbij de precieze vraagstelling is geweest. Bovendien blijkt uit het dossier niet van een dergelijke toezegging.

#### **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, 23 februari 2011,

Voorzitter