



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen NV te Tilburg en OHRA Ziektekostenverzekeringen NV te Tilburg
Zaak : EU/EER, Tsjechië, geneeskundige zorg, protonentherapie bij prostaatkanker, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201602101
Zittingsdatum : 18 januari 2017



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen


- 1) OHRA Zorgverzekeringen NV te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Sterk en OHRA Gezond afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van protontherapie, uitgevoerd te Praag, Tsjechië (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 12 september 2016 heeft verzoeker 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 november 2016 aan verzoeker gezonden.


 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 3 en 7 november 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

 3.7. Bij brief van 2 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 30 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016128166) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat verzoeker, gelet op de gemaakte planningsstudies, redelijkerwijs op de behandeling is aangewezen.

 Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 december 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 27 december 2016 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. In november 2015 kreeg verzoeker in het ziekenhuis in Amsterdam de diagnose prostaatkanker. De behandelend uroloog heeft verzoeker toen medegedeeld dat hij de keuze had uit drie behandelmethoden, te weten een operatie, uitwendige bestraling of inwendige bestraling. In de voorlichting die daarop volgde zijn nadrukkelijk de voor- en nadelen van de diverse behandelmethoden besproken. Aangezien alle voorgestelde behandelmethoden ernstige bijwerkingen hadden, is verzoeker op internet gaan zoeken naar mogelijke alternatieven. In deze zoektocht is verzoeker gestuit op protontherapie. Deze therapie wordt nog niet in Nederland, maar wel in Amerika en elders in Europa toegepast. Een voordeel van protontherapie ten opzichte van de voorgestelde behandelmethoden is dat de bijwerkingen aanzienlijk minder zijn.

 4.2. Voorafgaand aan de behandeling heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat deze zou plaatsvinden in het Proton Therapy Centre Prague. Nadien heeft verzoeker de kosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten afgewezen omdat er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs bestaat voor protontherapie. Verzoeker meent dat de meeste verzekerden een dergelijke afweging niet maken; zij kiezen voor de behandeling waar zij het beste gevoel bij hebben. Bovendien blijkt uit veel publieksgerichte informatie dat protontherapie een duidelijke meerwaarde heeft ten opzichte van de klassieke bestraling. Verzoeker kan dit bevestigen. Zo heeft hij slechts vijf korte protonenbestralingen gehad (in plaats van veertig radiobestralingen) en heeft hij geen last gehad van bijwerkingen.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker is in Praag behandeld met protontherapie als nabehandeling bij lokaal prostaatcarcinoom (T2N0M0). Uit de thans beschikbare informatie blijkt geen klinische meerwaarde van deze therapie ten opzichte van de gebruikelijke radiotherapie. Het Zorginstituut heeft in een eerdere kwestie over protontherapie bij prostaatcarcinoom opgemerkt dat dit slechts verzekerde zorg kan zijn in die individuele gevallen waarbij een groot voordeel is te behalen ten opzichte van reguliere radiotherapie.

 5.2. Tevens constateerde het Zorginstituut dat protontherapie niet voor iedere patiënt de meest geschikte bestralingsoptie is: *"Per indicatie is het nodig door middel van een beslisboom vast te stellen of voor een specifieke patiënt(engroep) protontherapie voordelen biedt boven*

fotonentechnieken. Daarna gaat men op individueel niveau door middel van planstudies na of inderdaad klinisch relevant voordeel verwacht mag worden."

5.3. Gelet op het standpunt van het Zorginstituut meent de ziektekostenverzekeraar dat een behandeling in het individuele geval doelmatig moet zijn. Uit de brief van 27 november 2015 van de uroloog in Nederland blijkt dat hij weliswaar de keuze van verzoeker ondersteunt, maar van een gemotiveerde doorverwijzing voor protonentherapie is geen sprake. De steun die de uroloog geeft, is niet gebaseerd op het oordeel dat protonentherapie in de onderhavige situatie effectief en doelmatig is. Bovendien stelt de uroloog in dezelfde brief dat de protonentherapie geen meerwaarde heeft ten opzichte van reguliere fotonentherapie. Van een verwijzing door de uroloog kan dan ook niet worden gesproken.

Evenmin kan de protonentherapie worden beschouwd als een noodzakelijk alternatief. Gelet op de beschikbare fotonentherapie is afdoende doelmatige en effectieve zorg beschikbaar.

5.4. In reactie op het advies van het Zorginstituut van 30 november 2016 stelt de ziektekostenverzekeraar in de eerste plaats dat verzoeker niet is verwezen. Op basis van de gestelde diagnose heeft verzoeker zelf contact gezocht met het behandelcentrum in Praag. Aangezien de verwijzing ontbreekt, is niet voldaan aan de in de voorwaarden van de zorgverzekering genoemde eis dat voor zorg die niet in Nederland beschikbaar is, sprake dient te zijn van een gerichte verwijzing.

Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat een vergelijking, door middel van planningsstudies, niet vooraf heeft plaatsgevonden, maar achteraf is aangeleverd. Het is dan ook zeer de vraag of het aanwezig zijn van deze planningsstudies bij de keuze voor een mogelijke verwijzing ook daadwerkelijk tot een verwijzing zou hebben geleid. Uiteindelijk zijn de uitkomsten van de planningsstudies wél door de ziektekostenverzekeraar meegenomen bij de beoordeling. De conclusie hiervan is dat bij protonentherapie er een kans is op minder bijwerkingen ten opzichte van fotonentherapie. Deze kans weegt echter niet op tegen een kostbare behandeling met protonentherapie in het buitenland.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- *behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg,*
- *aanleggen van gips;*
- *ECG-onderzoek.*

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- *de verpleging;*
- *de geneesmiddelen;*
- *de hulpmiddelen;*
- *de verbandmiddelen;*
- *laboratoriumonderzoek. (...)*

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- *U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapt, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physican assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts. (...)"*

- 8.4. Artikel B.2.1. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"*

- 8.5. In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is - onder meer - opgenomen dat aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde, gelet op zijn indicatie, naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet tevens doelmatig zijn.

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.2.1. en A.4.3. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

“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 de 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Tsjechië, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Vast staat dat verzoeker voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht aanvullende informatie over te leggen. Verzoeker heeft - wetende dat stukken moesten worden aangeleverd en dat hierop een beoordeling zou volgen - de gevraagde informatie niet overgelegd en de toestemming niet afgewacht. Verzoeker is korte tijd later, namelijk begin 2016, in Praag behandeld. Gelet op het feit dat verzoeker de gevraagde informatie niet heeft aangeleverd, en de omstandigheid dat na ontvangst van deze informatie nog een inhoudelijke beoordeling zou volgen, moet deze situatie worden gelijkgesteld met die waarin niet is verzocht om toestemming. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in dat geval buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk het standpunt ingenomen dat verzoeker voor de onderhavige protontherapie geen (verzekerings)indicatie had. Uit het advies van het Zorginstituut van 30 november 2016 blijkt dat het Zorginstituut dit anders ziet en dat dient te worden beoordeeld of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op protontherapie. Dit is het geval als uit een individuele planningsstudie, waarin state-of-art fotontherapie wordt vergeleken met protontherapie, blijkt dat er voor de betreffende verzekerde een klinisch relevant verschil is te verwachten ten gunste van protontherapie.

9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op het advies van het Zorginstituut aangevoerd dat een vergelijking, door middel van planningsstudies, niet vooraf heeft plaatsgevonden, maar achteraf is aangeleverd. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 15 december 2016 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de uitkomsten van de planningsstudies wél heeft meegenomen bij de beoordeling. Daarbij is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat het enige voordeel ten opzichte van fotontherapie is dat er een kans is op minder bijwerkingen. Volgens de ziektekostenverzekeraar weegt dit voordeel niet op tegen een kostbare behandeling met protontherapie in het buitenland waardoor de behandeling met protontherapie als niet doelmatig is aan te merken. Voorts ontbreekt een gerichte verwijzing en wordt betwijfeld of bij

het aanwezig zijn van de planningsstudies ook een verwijzing zou zijn gevolgd. De commissie overweegt met betrekking tot de doelmatigheid en de verwijzing als volgt.

- 9.5. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2 van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt in dat geval een integrale toetsingsbevoegdheid toe. Uit hetgeen hiervoor is overwogen blijkt dat de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd tot zijn beslissing is gekomen, en deze beslissing niet enkel heeft gebaseerd op een verschil in kosten, maar mede op zorginhoudelijke overwegingen. De commissie kan zodoende het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat protontherapie in de situatie van verzoeker niet doelmatig is, volgen. Wellicht biedt de protontherapie bepaalde voordelen ten opzichte van fotontherapie, doch dit rechtvaardigt niet de conclusie dat fotontherapie geen adequate behandeling is. Verder wordt vastgesteld dat op grond van artikel B.4.3 van de zorgverzekering een - gerichte - verwijzing vereist is. Deze ontbreekt; verzoeker heeft op basis van door hem via internet verkregen informatie besloten zich in de instelling in Praag te laten behandelen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

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, 18 januari 2017,

A.I.M. van Mierlo