



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De erven van mevrouw A, vertegenwoordigd door mevrouw B te C, tegen D en E, beide te F

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, transarteriële chemo embolisatie (TACE), stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201301068

Zittingsdatum : 4 juni 2014

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 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De erven van mevrouw A te C, hierna te noemen: verzoekers, vertegenwoordigd door mevrouw B te C,
tegen

- 1) D te F, en
- 2) E te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleetpolis en Tand 125 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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. Erflaatster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling met transarteriële chemo embolisatie (TACE) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Erflaatster is op 20 maart 2013 overleden.
- 3.3. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 11 september 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.5. Bij brief van 30 september 2013 hebben verzoekers 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 verzoekers het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 november 2013 aan verzoekers gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 28 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 mei 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 22 november 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen, inmiddels Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) geheten, verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2013143425) 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 bij een pancreascarcinoom geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 mei 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekers zijn op 4 juni 2014 in persoon gehoord. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 5 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of de aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers
- 4.1. De behandelend internist in Nederland heeft ten aanzien van erflaatster het volgende verklaard: *“Bovengenoemde patiënte is bij ons bekend met gemetastaseerd adenocarcinoom, zeer waarschijnlijk uitgaande van primair pancreascarcinoom. Zij heeft levermetastasen en peritinitis carcinomatosa met darminvolvatie. Wij kunnen hier palliatief chemotherapie (gemcitabine, eventueel met carboplatin) voor geven, maar patiënte zag hier in december 2012 mede op ons aanraden vanaf. Nu verkiest zij reguliere chemotherapie in het Goethe-instituut in Duitsland. Hiertoe heeft zij zelf initiatief ondernomen, over de behandeling is mij inhoudelijk niets bekend. Het gaat niet om een in Nederland geregistreerde behandeling. (...)”*.
- 4.2. Tijdens het intakegesprek deelde de behandelend arts in Duitsland, dr. Vogl, erflaatster mede dat een palliatieve behandeling voor een levensduurverlenging van een jaar tot anderhalf jaar zou kunnen zorgen. Op 15 januari 2013 heeft zij de eerste TACE-behandeling gekregen, en op 19 februari 2013 de tweede. Helaas verslechterde haar ziektebeeld, en is zij op 20 maart 2013 overleden.
- 4.3. Verzoekers zijn van mening dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ten behoeve van erflaatster ten onrechte heeft afgewezen. Een palliatieve behandeling bestaat immers (mede) uit het toepassen van chemotherapie. Het is dan ook redelijk de kosten die hiervoor vanuit de zorgverzekering worden vergoed, ook van toepassing te laten zijn op de situatie van erflaatster. Daarvoor dient de ziektekostenverzekeraar de DBC/DOT-code voor chemotherapie met cytostatica te hanteren.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekers ter aanvulling aangevoerd dat erflaatster gezien de fase van haar ziekte, nog slechts in aanmerking kwam voor een palliatieve behandeling. Deze zou bestaan uit medicijnen ter voorkoming en bestrijding van pijn alsmede het toepassen van chemotherapie met cytostatica. De TACE-behandeling had het karakter van een palliatieve behandeling. Hierbij zijn tevens cytostatica toegediend. Naar de mening van verzoekers is de TACE-behandeling gelijk aan de palliatieve behandeling door middel van systemische chemotherapie, zodat de kosten ervan moeten worden vergoed.
- 4.5. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Indien een tumor niet chirurgisch is te verwijderen, kan palliatieve behandeling in diverse modaliteiten gedurende enige tijd symptoomverbetering of een aantal levensmaanden winst geven. TACE is het selectief emboliseren van het tumorvatbed, via de voedende arterie, met een emulsie van een chemotherapeuticum en lipiodol, gevolgd door embolisatie-deeltjes of gelschuim. De bedoeling hiervan is de tumor bloot te stellen aan een sterke concentratie van chemotherapeutica, zonder het gehele lichaam te belasten zoals bij systemische chemotherapie het geval zou zijn. Een TACE-kuur vergt dat de patiënt een aantal keren via een intra-arteriële katheter het middel toegediend krijgt in de arterie die de tumor voedt.
- 5.2. De verschillende TACE-behandelingen die worden toegepast, worden in de literatuur apart beschreven. Het gaat om toediening van vijf soorten chemotherapeutica in wisselende combinaties. Bij erflaatster was sprake van chemo-embolisatie in verband met het behandelen van een primair pancreascarcinoom met levermetastasen en peritonitis carcinomatosa met darminvolvatie. Hierbij is geen sprake van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Enkel de behandeling van een hepatocellulair carcinoom met TACE vormt een verzekerde prestatie onder 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. In artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekers zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moeten wenden, heeft de commissie verzoekers hierop bij brief van 2 november 2013 gewezen. Verzoekers hebben de commissie door voortzetting van het geschil bevestigd dat zij gebruik willen maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

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 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 2a van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg in ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”

8.4. Artikel 15 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland."

8.5. Artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten 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 en diensten."

8.6. De artikelen 2a en 15 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering en artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de 'algemene voorwaarden' 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.

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 of 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.

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 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland)."

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

"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 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. Erflaatster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, 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. Erflaatster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan erflaatster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling bestaat. De gevraagde toestemming is om die reden geweigerd.
- 9.3. Ook in het kader van de toepassing van eerder genoemde verordening is van belang of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is in dat verband met name de vraag aan de orde of de behandeling met TACE bij een primair pancreascarcinoom met levermetastasen en peritonitis carcinomatosa met darminvolvatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. 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, blindering, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.5. 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.
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 9 mei 2014 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.7. Aangezien de door erflaatster ondergane behandeling - zoals hiervoor overwogen - geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, is erflaatster de toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht onthouden, en bestaat voorts geen aanspraak op vergoeding van de kosten op basis van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de behandeling met TACE, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.9. 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 juni 2014,

Voorzitter