

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, High-Intensity Focused Ultrasound (HIFU), prostaatcarcinoom
Zaaknummer : 2012.01540
Zittingsdatum : 12 juni 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, Vo 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

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 verzekering Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 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 een High-Intensity Focussed Ultrasound behandeling (hierna: HIFU), uitgevoerd te Antwerpen (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. De eveneens aangevraagde vergoeding van de transurethrale resectie van de prostaat (hierna: TURP) is toegewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 3 juli 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 14 augustus 2012 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).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 mei 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 oktober 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 april 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2012119964) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat HIFU voor de behandeling van een prostaatcarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 april 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 12 juni 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 14 juni 2014 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 2 juli 2013 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 verzoeker

- 4.1. Door de behandelend uroloog is bij verzoeker een adenocarcinoom van de prostaat vastgesteld. Deze arts had, gezien de omstandigheden, een lichte voorkeur voor een radicale prostatectomie boven brachytherapie en radiotherapie. De kansen op impotentie en (blijvende) incontinentie zijn bij deze ingreep echter zeer groot.
- 4.2. Verzoeker heeft zich daarom georiënteerd op andere behandelmogelijkheden. Bij een uroloog in Antwerpen kon hij worden behandeld door middel van HIFU, voorafgegaan door een TURP. De kans op incontinentie en impotentie is bij deze ingreep aanzienlijk kleiner. Daarbij is de herstelperiode een stuk korter en is de behandeling aanzienlijk goedkoper.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor zover het de HIFU betreft afgewezen, omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en prak-

tijk. Deze afwijzing is gebaseerd op een studie van het CVZ van december 2006. Verzoeker heeft zich in oktober 2011 laten opereren. Voornoemde studie is dus bijna vijf jaar oud op het moment van de ingreep. De HIFU wordt reeds zeventien jaar gebruikt voor de behandeling van prostaatkanker. De 'quality of life' die op deze behandeling volgt is veel hoger dan bij de reguliere methoden. Bovendien is uit diverse publicaties gebleken dat sprake is van een volwaardige behandeling van prostaatkanker.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de Belgische arts in 2007 positieve ervaringen over 600 patiënten heeft gepubliceerd. In 2012 presenteerde deze arts een paper op de EMUC in Barcelona over de positieve resultaten bij 1.000 patiënten. De verwachting is dat over tien jaar de HIFU de standaardbehandeling is bij prostaatkanker. Verzoeker vraagt ook aandacht voor de niet-medische argumenten om de HIFU toe te wijzen, zoals de 'quality of life' van de patiënt en de kortere herstelperiode, zeker nu een steeds groter deel van de prostaatkankerpatiënten nog werkzaam is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De door verzoeker ondergane behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is bevestigd door het CVZ. Daarom is geen sprake van verzekerde zorg. De kosten van deze ingreep komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de HIFU niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 13 van 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 kosten van de HIFU, uitgevoerd in Antwerpen, alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering. Artikel 1 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. (...)

Wij vergoeden de kosten van:

(...);

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;

(...)”

- 8.3. In artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg, als in de basisverzekering omschreven. Deze bepaling luidt als volgt:

“De vergoeding van de kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door 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.”

- 8.4. In artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze recht op vergoeding van:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd

(...)”

- 8.5. De artikelen 2.4 en 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 1 van de ‘aanspraken’ 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).

- 8.6. 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 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.7. 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.

8.8. Artikel 20 van Vo 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. Ook in het kader van de toepassing van Vo 883/2004 dient in de eerste plaats te worden vastgesteld of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door verzoeker ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in artikel 2.4 van de algemene 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. Het CVZ heeft in zijn advies van 22 april 2013 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat de HIFU zoals bij verzoeker is toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter