

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, behandelingen dendritische celthe-
rapie in combinatie met totale en loco-regionale hyperthermie
Zaaknummer : 2007.2269
Zittingsdatum : 13 februari 2008

Zaak: 2007.2269, geneeskundige zorg, buitenland, behandelingen dendritische celtherapie in combinatie met totale en loco-regionale hyperthermie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 19 juli 2006, inzake het niet vergoeden van behandelingen dendritische celtherapie in combinatie met totale en loco-regionale hyperthermie in Keulen (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd Polis model 1.97.06 (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw .
- 3.2. De behandelend medisch-specialist heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "coloncarcinoom met inoperabele metastasen". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "behandelingen dendritische celtherapie in combinatie met totale en loco-regionale hyperthermie in Keulen" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Tussen 31 mei en 3 november 2006 hebben de behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 23 oktober 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak

alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. 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 .
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2007 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 december 2007 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 21 januari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 17 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 16 januari 2008 zijn voorlopige advies gegeven en de commissie geadviseerd tot een afwijzing, omdat de onderhavige behandeling niet tot de verzekerde prestaties behoort. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 13 februari 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 13 februari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CZV bij brief van 18 februari 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij zich beter voelt dan ooit en dat hij nog leeft dank zij de ondergane behandeling die gericht was op de versterking van zijn immuunsysteem, terwijl zijn aandoening niet curabel zou zijn volgens de diagnose van zijn behandelend medisch-specialist in Nederland. Het feit dat de toegepaste methoden in de wetenschap nog niet zijn aanvaard lijkt hem van ondergeschikt belang.
Ook stelt hij dat de door hem ondergane behandelingen gebruikelijk zijn in landen als Duitsland, Zwitserland, Oostenrijk en Tsjechië, en daar zonder meer door de "Krankenkassen" worden vergoed. Hier is sprake van rechtsongelijkheid binnen de Europese Unie.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat het voor hem onbegrijpelijk is waarom de literatuur die door hem is ingebracht door de zorgverzekeraar niet is meegenomen in de beoordeling van de vraag of sprake is van zorg die op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk gebruikelijk kan worden geacht.
 - 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5 Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat behandelingen dendritische celtherapie in combinatie met totale en loco-regionale hyperthermie geen zorg is die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering, omdat deze vormen van zorg niet voldoen aan de huidige internationale stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend arts van verzoeker geen medisch-specialist is, hetgeen eveneens een reden voor afwijzing vormt.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis. zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten in het buitenland is geregeld in de artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 regelt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. In lid 1 staat, voor zover hier relevant, het volgende geregeld:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (. . .) medisch specialisten (. . .) die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (. . .)

Na lid 8 wordt in het derde blok geregeld:

*"Voor bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorend tot het DBC segment B en niet van plastisch-chirurgische aard
Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch Specialist (. . .)
Op voorwaarden van Verwijzing door huisarts, medisch specialist (. . .)
Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: website. "*

In artikel 10 wordt onder a geregeld:

„Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8 heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen."

Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene geregeld:

"De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt 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."

- 7.2. De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgaanbieder' is bepaald. "

De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder e en f van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

*"e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.(..)
t. Op het onder e bedoelde bedrag wordt een korting van in mindering gebracht van 10%, met een maximum van € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar.
Deze korting wordt niet toegepast:
i bij onvoorziene en spoedeisende zorg (..)."*

Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering Voor zover hier van belang wordt daarin bepaald:

*"Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepassing gegeven aan EG- Verordening 1408171 (..)
a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.
b. In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.
(..)."*

- 7.3. De regeling in de artikelen 8.2, 8A, 11 en 13 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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 aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2A lid 1 van het Bzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de volgende vraag. Zijn behandelingen dendritische celtherapie in combinatie met totale en loco-regionale hyperthermie bij een coloncarcinoom met inoperabele metastasen, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te beschouwen als zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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.
- 7.8. Indien uit tenminste 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 aangetroffen worden, wordt bewijsvoering 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 bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling .
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot behandelingen dendritische celtherapie in combinatie met totale en loco-regionale hyperthermie bij een coloncarcinoom met inoperabele metastasen, is door het CVZ blijkens zijn

advies (met bijlagen) van 16 januari in maart 2006 - en nader in september 2007 uitgevoerd.

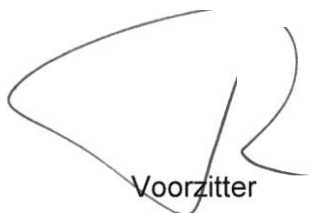
- 7.10. Het door het CZV op basis van zijn in 2006 uitgevoerd onderzoek uitgesproken oordeel, gepubliceerd in RZA 2006/168, waarnaar het CVZ in zijn genoemd advies verwijst, komt neer op het volgende. Ten aanzien van de gecombineerde behandeling dendritische celtherapie met totale en loco-regionale hyperthermie kan aan de hand van kwalitatieve onderzoeken worden geconcludeerd dat uit search, selectie en beoordeling van de literatuur en andere relevante wetenschappelijke gegevens alsook uit de stand van de praktijk, blijkt dat synergisme van totale hyperthermie met locoregionale hyperthermie en dendritische celtherapie noch in algemene zin noch bij maligniteiten (en specifiek niet bij metastase van coloncarcinoom) te gelden heeft als zorg die medisch-specialisten plegen te bieden. Uit de recent in september 2007 door het CZV uitgevoerde nadere literatuurresearch zijn geen aanwijzingen te ontleen dat de inzichten met betrekking tot de gecombineerde behandeling met locoregionale en totale hyperthermie in combinatie met dendritische celtherapie sindsdien, d.w.z. sinds de publicatie van het oordeel dat gebaseerd was op het resultaat van het in maart 2006 uitgevoerde onderzoek zijn veranderd. De commissie neemt deze conclusies over en maakt deze tot de hare. De door verzoeker ingebrachte artikelen worden niet geacht daar verandering in te brengen, nu deze eveneens door het CVZ in zijn advies van 16 januari 2008 zijn meegenomen.
- 7.11. De toetsing aan artikel 8.4 in samenhang met artikel 8.2 van de zorgverzekering brengt de commissie tot het oordeel dat, beoordeeld naar de huidige internationale stand der wetenschap en de praktijk, een behandeling met locoregionale en totale hyperthermie in combinatie met dendritische celtherapie, in het licht van het hierboven in 7.10 overwogene niet als verzekerde prestatie in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering worden aangemerkt.
- 7.12. De stelling van verzoeker dat de door hem ondergane behandelingen gebruikelijk zouden zijn in landen als Duitsland, Zwitserland, Oostenrijk en Tsjechië, en daar zonder meer door de "Krankenkassen" worden vergoed, wordt door hem niet nader onderbouwd en vormt derhalve geen reden tot nader onderzoek.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8 Het bindend advies

De commissie wijst het verzoek af.

8.1.

Zeist, 25 februari 2008,



Voorzitter