

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, dendritische celtherapie en hyper-thermie
Zaaknummer : 2010.01385
Zittingsdatum : 3 november 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 9 februari 2010 de aanvraag voor vergoeding van de kosten van “dendritische celtherapie en hyperthermie”, ondergaan in Keulen (Duitsland) (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering variant Natura (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 [naam gevolmachtigde] Compleet inclusief Werk- en Zorgpakket en [naam gevolmachtigde] Tandartskostenverzekering inclusief techniekkosten € 950,-- afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 16 augustus 2010 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 september 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 1 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010119096) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat dendritische celtherapie en hyperthermie ter behandeling van een cholangiocarcinoom niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 oktober 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 november 2010 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 9 november 2010 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. De behandelend arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: *"Inoperabel, mäßig bis schlecht-differenziertes, metastasiertes Cholangiokarzinom ED Oktober 2009"*.
- 4.2. Verzoeker stelt dat in juli 2009 bij hem een tumor in de lever werd ontdekt. Verzoeker is daaraan op 14 oktober 2009 in Nederland geopereerd. Bij de operatie bleek dat de tumor ook de derde ader had aangetast. Om die reden werd de operatie afgebroken. Enkele dagen daarna werd medegedeeld dat de tumor kwaadaardig was en afkomstig vanuit de galwegen. Het vervolgtraject zou een chemokuur met Carboplatine en Gemcitabine zijn. Daarmee zou het leven van verzoeker echter slechts worden verlengd; een kans op genezing bestond niet. Om die reden heeft verzoeker gekozen voor de behandelingen met dendritische cellen en hyperthermie bij dr. Gorter te Keulen. Deze behandelingen hebben baat gehad, zodat verzoeker ook de vervolgbehandelingen wenst te ondergaan. Zijn spaargeld is echter uitgeput.
- 4.3. Verzoeker merkt verder op dat gezien het geringe aantal zaken bij de commissie, andere verzekeraars de kosten van de behandelingen kennelijk wel vergoeden. Hij is van mening dat hiermee een ongelijkheid tussen verzekerden ontstaat, zodat de kosten van de behandelingen dienen te worden vergoed.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat onderzoek moet worden verricht naar de behandeling met dendritische celtherapie en hyperthermie, die per jaar door 1000 mensen worden ondergaan.

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 ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandeling van een cholangiocarcinoom met dendritische celtherapie en hyperthermie geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en om die reden geen verzekerde prestatie. Een en ander blijkt uit een advies van het CVZ.

5.2. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat hij niet gebonden is aan vergoedingen die zijn verleend door andere zorgverzekeraars.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar geen zelfstandige onderzoeken uitvoert, maar hierbij het CVZ volgt.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 12 tot en met 35 van de zorgverzekering.
Artikel 14 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 geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 10 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de*
- *EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*”

In artikel 2.2 van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“(...) Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.3. De artikelen 2.2, 10 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 3.9 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 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. 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 of diensten.
- 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 de behandeling van een cholangiocarcinoom met dendritische celtherapie en hyperthermie, 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: bewijsvoe-

ring) 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot dendritische celtherapie en hyperthermie ter behandeling van een cholangiocarcinoom is door het CVZ in zijn advies van 1 oktober 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

- 9.5. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving in-

zake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraars, kan hem dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek op basis van die verzekering niet 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, 17 november 2010,

Voorzitter