

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hyperthermie en dendritische cel-
therapie bij glioblastoom
Zaaknummer : 2009.01684
Zittingsdatum : 24 maart 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F
tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 november 2008 de behandeling van een glioblastoom met “locoregionale hyperthermie” en “dendritische celtherapie”, uitgevoerd in Keulen (Duitsland) (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

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 Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 19 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 7 december 2009 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).

- 3.6. 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 stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 februari 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 9 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010020582) 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, al dan niet in combinatie met hyperthermie, geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 11 maart 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 maart 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 25 maart 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 31 maart 2010 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. De behandelend arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: *“progressives, infiltrativ-wachsendes Glioblastom multiforme Grad IV”*. Naar aanleiding van de gestelde diagnose heeft de arts een behandeling met *“locoregionale hyperthermie”* en *“dendritische celtherapie”* voorgesteld.
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat men in Nederland niets meer voor hem kon betekenen. Daarom is hij uitgeweken naar Keulen. Hyperthermie is volgens verzoeker een behandeling die ook in Nederland sinds lange tijd wordt toegepast. Deze behandeling wordt doorgaans vergoed door zorgverzekeraars. Verzoeker heeft diverse stukken ingebracht met betrekking tot verzekerden bij andere verzekeraars, die wel een vergoeding hebben ontvangen voor eenzelfde behandeling. De behandeling met dendritische cellen in combinatie met de hyperthermie slaat bij verzoeker goed aan. Het vormt een levensverbeterende en levensverlengende behandeling.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij begrijpt waarom de vergoeding op formele gronden is geweigerd. In Nederland is echter enkel chemotherapie mogelijk, hetgeen niet wenselijk is. De ziektekostenverzekeraar zegt goede zorg voor te staan, en dient zich hieraan te houden. In zijn woonplaats zijn inmiddels vijf mensen behandeld door de arts die verzoeker heeft behandeld. Drie daarvan zijn inmiddels kankervrij, waarvan één patiënt inmiddels meer dan zes jaar geleden is behandeld.
- 4.4. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat locale hyperthermie bij melanoom, recidief mammacarcinoom in bestraald gebied, cervixcarcinoom en mesothelioom – uitsluitend in combinatie met radiotherapie – tot de verzekerde zorg behoort. Hyperthermie met chemotherapie is verzekerde zorg in de vorm van HIPEC en als fase 3 trial bij een cervixcarcinoom. Hyperthermie bij een glioblastoom valt niet onder de verzekerde zorg. Ook in Duitsland is hyperthermie geen verzekerde zorg, zoals blijkt uit de BUB Richtlinie.
- 5.2. Andere verzekeraars hebben hyperthermie blijkens de door verzoeker aangeleverde documenten in bepaalde gevallen wel vergoed. Uit deze documenten is echter niet op te maken welke vormen van kanker het betrof. Dat kunnen gebruikelijke indicaties zijn geweest. Anderzijds ging het ook om coulancevergoedingen.
- 5.3. De arts die verzoeker heeft geconsulteerd, heeft in Duitsland een status die in Nederland te vergelijken is met een huisarts met alternatieve specialisatie. Hij mag in Duitsland niet declareren bij de Krankenkasse, en kan niet worden aangemerkt als medisch specialist. Het gaat derhalve niet om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd goede zorg te waarborgen door te beoordelen of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms helpen behandelingen op korte termijn, maar is niet duidelijk of het op lange termijn veilig is.
- 5.5. 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 kosten verbonden aan de behandelingen hyperthermie en dendritische celtherapie 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 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 19 tot en met 39 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. (...)”

Artikel 11 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)”

In artikel 2 lid 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.3. De artikelen 2 lid 4, 11 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 2.1 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien de verzekerde kiest voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 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

- 9.1. Gelet op de hiervoor onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. De vraag is of de behandeling met hyperthermie en dendritische celtherapie bij een glioblastoom voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.3. 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.

- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 9 maart 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan, namelijk dat de onderhavige behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de behandeling, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven.

Gelijkheidsbeginsel

- 9.7. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling dient te vergoeden omdat andere verzekeraars voor eenzelfde behandeling zouden zijn overgegaan tot vergoeding, overweegt de commissie het volgende. 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 wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar 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 een zorgverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan, kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan hem dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 april 2010,

Voorzitter