

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van erfgenaam van de
heer C te B, tegen D te E en F te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, dendritische celtherapie en
hyperthermie, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2013.00469
Zittingsdatum : 4 december 2013

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van erfgenaam van de heer C te B, hierna te noemen: erflater,

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflater bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Restitutie Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Exclusief Pakket en Beter Af Plus Polis 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. Erflater heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling met dendritische celtherapie en hyperthermie, (te) ondergaan te Keulen (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Erflater heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 januari en 5 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflater medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Erflater is in februari 2013 overleden.
- 3.4. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 20 maart 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.5. Bij brief van 25 maart 2013 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juni 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 juni 2013 per e-mail medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 november 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 14 juni 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 augustus 2013 (zaaknummer 2013072785) heeft het CVZ 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 voor de behandeling van gemetastaseerd pancreascarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, ook niet als deze behandeling wordt gegeven in combinatie met hyperthermie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 4 december 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.
- 3.11. Bij brief van 9 december 2013 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 13 december 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 verzoekster

- 4.1. Erflater is bekend met een inoperabel pancreascarcinoom. Hij was in Nederland zo goed als uitbehandeld, aangezien het ondergaan van een chemokuur niet de zekerheid van genezing biedt. Hij heeft zich daarom op 20 november 2012 voor aanvullende behandeling gewend tot dr. Gorter te Keulen, omdat uit de door erflater geraadpleegde (digitale) literatuur bleek dat bij behandeling door deze arts genezing soms mogelijk is. Op 3 december 2012 heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van hyperthermie en dendritische celtherapie. Erflater heeft op het aanvraagformulier vermeld dat de betreffende behandeling naast de behandeling door de Nederlandse oncoloog zal plaatsvinden met toestemming van

zijn huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag alsmede de meegezonden nota's ten bedrage van € 4.851,91 afgewezen.

- 4.2. In vergelijkbare situaties zijn Nederlandse patiënten van dr. Gorter door hun ziektekostenverzekeraars wel "schadeloos" gesteld. Verzoekster heeft van de arts afschriften ontvangen van zeventien zaken waarin dit het geval is. Verzoekster heeft deze stukken in de procedure gebracht. In enkele van deze gevallen behoort de ziektekostenverzekeraar tot het concern waar ook erflater is verzekerd.
- 4.3. Verzoekster benadrukt dat patiënten met kanker wel degelijk door de behandeling van dr. Gorter zijn genezen.
- 4.4. De kosten van de onderhavige behandeling bedragen inmiddels € 33.322,-. Erflater heeft deze kosten betaald en heeft hiervoor zijn volledige spaargeld verbruikt.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat op 22 november 2012 contact is geweest met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is gezegd dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed; hiervoor zou een aanvraagformulier worden toegezonden. Er is dus niet direct afwijzend gereageerd. Door het toesturen van het formulier zijn bepaalde verwachtingen gewekt.
Op 27 november 2012 werd in de kliniek te Keulen vastgesteld dat er een probleem was met de blaas. Ook de arts in Nederland zag dat erflater geel werd, maar de galblaas bleek bij de beeldvormende diagnostiek niet terug te vinden. Uiteindelijk heeft op 6 december 2012 een ingreep plaatsgevonden in het Elisabeth Ziekenhuis in Duitsland, waarbij een stent is geplaatst. Nadien is de behandeling in de kliniek te Keulen voortgezet en ging het weer beter met erflater. In januari 2013 was ineens sprake van hoge koorts, vermoedelijk als gevolg van een bacteriële infectie bij de stentplaatsing. Erflater is hierdoor ernstig verzwakt.
Verzoekster verklaart dat erflater ervan overtuigd was dat de behandeling werkt. Na een behandeling voelde hij zich een stuk beter. Verzoekster heeft in de kliniek te Keulen mensen gezien die beter werden. Hierdoor kregen zij en erflater weer hoop. Het alternatief in Nederland – chemotherapie – zou erflater niet kunnen genezen, maar alleen palliatief werken. De behandelend arts in Nederland stond achter de keuze van erflater en was geïnteresseerd in het verdere verloop. Verzoekster benadrukt dat in een groot aantal gevallen de kosten van de onderhavige behandeling al dan niet gedeeltelijk worden vergoed door Nederlandse ziektekostenverzekeraars. Hiertoe behoort ook een verzekeraar die behoort tot hetzelfde concern als de ziektekostenverzekeraar. Zij verwijst hierbij naar de eerder in de procedure gebrachte stukken.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De door erflater ondergane behandeling is getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking.
 - 5.2. Voor iedere verzekerde worden dezelfde regels toegepast. Indien hiervan ten gunste van een enkele verzekerde wordt afgeweken, kan dit leiden tot willekeur. Dat er volgens de meegezonden correspondentie verzekerden zijn die wel enige vergoeding hebben ontvangen van hun verzekeraar, vormt voor de ziektekostenverzekeraar geen

aanleiding alsnog tot vergoeding over te gaan. Hierbij wordt opgemerkt dat het in bijna alle gevallen gaat om onverplichte vergoedingen van jaren geleden. Ziektekostenverzekeraars hanteren nu consequenter de CVZ-richtlijnen om uniformiteit bij de uitvoering van de zorgverzekering te realiseren.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het begrijpelijk is dat iemand op zoek gaat naar alternatieven en kiest voor kwaliteit van leven. Waar het echter gaat om vergoeding van de kosten geldt artikel 2.4 van de zorgverzekering, inzake de stand van de wetenschap en praktijk. Voor de onderhavige gecombineerde behandeling is hieraan niet voldaan. Dit is bevestigd door het CVZ. Daarom kan geen vergoeding worden verleend. Waarom andere ziektekostenverzekeraars deze kosten eerder wel hebben vergoed is niet bekend. Dit kan komen door een fout of uit coulance. De brieven van de verzekeraar die behoort tot hetzelfde concern als de ziektekostenverzekeraar dateren uit 2004 en 2006. Het beleid is sindsdien gewijzigd.

Ten aanzien van de in november 2012 telefonisch verstrekte informatie merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de medewerker aan de telefoon geen beslissing neemt ter zake van de vergoeding. Er is toegezegd dat een formulier zou worden toegezonden voor het indienen van een aanvraag. Het was dus duidelijk dat er nog een beslissing zou volgen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 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 artikelen 1 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:
– verpleging en verzorging;*

– medisch specialistische zorg of kaakchirurgische zorg;
– de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.
(...)”

- 8.3. Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op extramurale medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden de kosten van:

– medisch specialistische zorg (...).”

- 8.4. Op grond van artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 8.5. Artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de zorg of diensten als in de zorgverzekering omschreven naar inhoud en omvang 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.
- 8.6. De artikelen 2.4 en 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 5 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).
- 8.7. 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.
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.
- 8.8. 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 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. Erflater heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft Vo 883/2004 in die situatie buiten toepassing. Daarom dient te worden getoetst aan de bepalingen van de zorgverzekering. Kernvraag is hierbij of de door erflater ondergane behandeling met dendritische celtherapie en hyperthermie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals 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: 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 26 augustus 2013 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de behandeling met dendritische celtherapie en hyperthermie, zoals deze bij erflater is toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

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.

Gewekt vertrouwen

- 9.6. Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat de ziektekostenverzekeraar haar naar aanleiding van het gesprek op 22 november 2012 een aanvraagformulier heeft toegezonden. Verzoekster stelt dat door het toesturen van dit formulier bepaalde verwachtingen zijn gewekt. De commissie overweegt dat door middel van voornoemd formulier een aanvraag kon worden ingediend. Daarom wisten verzoekster en erflater, althans behoorden zij te weten, dat op deze aanvraag nog een beslissing zou volgen en dat deze voor hen ook negatief kon zijn. Het bestaan van een onvoorwaardelijke toezegging is derhalve door verzoekster onvoldoende aannemelijk gemaakt.

Coulance

- 9.7. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Tussen de door verzoekster overgelegde stukken bevinden zich geen toewijzende beslissingen van de ziektekostenverzekeraar. In één brief (van 27 juni 2006), afkomstig van een verzekeraar die tot hetzelfde concern als de ziektekostenverzekeraar behoort, is vergoeding toegewezen voor een niet-gedefinieerde behandeling. Verder is er één faxbericht van een verzekerde over dezelfde verzekeraar, waarin wordt gesteld dat vergoeding is toegezegd voor hyper-

thermie en dendritische celtherapie. Uit de door verzoekster aangeleverde stukken blijkt derhalve niet dat bij de ziektekostenverzekeraar sprake is van willekeur bij het toekennen van coulancevergoedingen voor de onderhavige behandeling.

- 9.8. Dat andere verzekeraars in het verleden – al dan niet uit coulance – de kosten van de onderhavige behandeling wél hebben vergoed, maakt het voorgaande niet anders.

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 december 2013,

Voorzitter