



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten
Zaak : Geneeskundige zorg, stamcelbehandeling in verband met artrose in de knie, stand van de
wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201502553
Zittingsdatum : 9 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 
- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,
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 grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (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 ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Tandfit module D afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een stamcelbehandeling in verband met artrose in de knie (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 18 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 september 2015 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 22 januari 2016 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 17 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 21 maart en 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.



3.8. Bij brief van 21 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016035806) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat intra-artriculaire autologe mesenchymale stamceltherapie bij artrose geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 oktober 2016 aan partijen gezonden.



3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.10. Bij brief van 10 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 15 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker lijdt al ruim tien jaar aan de ziekte van Parkinson. Als gevolg van deze ziekte heeft verzoeker moeite met lopen en is gewrichtsslijtage in de rechterknie geconstateerd. Op 22 juni 2015 heeft verzoeker een intakegesprek gehad bij een orthopedisch chirurg die werkzaam is bij een kliniek voor gewrichtsklachten. Op 7 juni 2015 heeft een herhaalconsult plaatsgevonden waarna is besloten een stamcelbehandeling uit te voeren. Deze behandeling zou moeten resulteren in een vermindering van de klachten. Uiteindelijk is de behandeling op 14 juli 2015 uitgevoerd en heeft verzoeker de kosten ten bedrage van € 2.135,- ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.



4.2. Al vrij snel kreeg verzoeker van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat de kosten niet worden vergoed omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker verbaast zich hierover, aangezien de behandelend arts een gepromoveerd orthopedisch chirurg is die in het bezit is van de vereiste vergunningen. Bovendien heeft verzoeker nergens in de verzekeringsvoorwaarden kunnen lezen dat een stamcelbehandeling niet wordt vergoed.



4.3. Verzoeker stelt verder dat hij in het verleden bij de Bergmankliniek een soortgelijke behandeling heeft ondergaan die wel door de ziektekostenverzekeraar is betaald. Het enige verschil met de onderhavige behandeling is dat hierbij stamcellen zijn ingespoten terwijl destijds bloed is geïnjecteerd. Voor het overige was de behandeling identiek.



4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij het vreemd vindt dat een stamcelbehandeling bij de ziekte van Crohn kennelijk wel conform de stand van de wetenschap en de praktijk is, en bij artrose van de knie niet.



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 verzoeker hem heeft verzocht de kosten te vergoeden van een stamcelbehandeling in verband met artrose van de knie. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de ziektekostenverzekeraar uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. Bij dit onderzoek in PubMed met verschillende zoektermen zijn geen studies van enige wetenschappelijke waarde gevonden die de behandeling van artrose van de knie met autologe beenmerg stamcellen onderbouwen. Geconcludeerd moet worden dat de betreffende behandeling daarom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
-  5.2. Daarbij komt dat behandelingen met stamcellen in Nederland alleen mogen worden uitgevoerd door een instelling met een op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen daarvoor afgegeven vergunning. De kliniek waar verzoeker de stamcelbehandeling heeft laten uitvoeren beschikt niet over een dergelijke vergunning.
-  5.3. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat aparte nota's zijn ingediend voor het intakegesprek, het herhaalconsult en de behandeling. De reden dat de betreffende nota's zijn afgewezen is dat deze niet zijn opgesteld volgens de eisen waaraan een nota Medisch Specialistische Zorg moet voldoen. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vermelding van zorgactiviteiten op de nota verplicht en hier is in de onderhavige situatie niet aan voldaan.
-  5.4. Door verzoeker is nog aangevoerd dat hij in het verleden een soortgelijke behandeling heeft ondergaan in de Bergmankliniek, die wel door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. Ten aanzien hiervan geldt dat de betreffende declaraties destijds zijn ingediend als betrekking hebbend op een reguliere behandeling voor 'artrose knie' en niet als zijnde behandelingen met injecties van eigen bloedplasma. Om die reden zijn zij toen niet opgemerkt.
-  5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald.
-  5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

-  7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige stamcelbehandeling 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 'Deel B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

*lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch-specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch-specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.
(...)"*

- 8.4. Artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.(...)"

- 8.5. Artikel 6 van 'Deel B' en artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A' 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 dan wel, indien een dergelijke maatstaf ontbreekt, 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft betoogd dat hij op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op de onderhavige zorg, aangezien een stamcelbehandeling niet expliciet in de voorwaarden is uitgesloten. Door de ziektekostenverzekeraar is hiertegen ingebracht dat de betreffende behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarom niet behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Gelet op de door partijen ingenomen standpunten, is de vraag die als eerste ter beantwoording voorligt of een stamcelbehandeling in

verband met artrose van de knie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering.

- 9.2. Bij de beantwoording van voornoemde 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 beroepsgeenoten.
- 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 Zorginstituut heeft in zijn (voorlopig) advies van 7 september 2016 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat intra-artculaire autologe mesenchymale stamceltherapie in verband met artrose in de knie 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.
- 9.5. Gelet op het bovenstaande is een stamcelbehandeling in verband met artrose van de knie geen verzekerde zorg. Daarom heeft verzoeker op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan. Dat verzoeker de kosten van een vergelijkbare behandeling in het verleden wel vergoed heeft gekregen maakt het voorgaande niet anders. Door de ziektekostenverzekeraar is immers betoogd, en door verzoeker niet bestreden, dat die behandeling door de zorgaanbieder werd gedeclareerd als reguliere zorg - hetgeen het echter niet was - zodat de kosten feitelijk ten onrechte zijn vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



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, 23 november 2016,



P.J.J. Vonk

