



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, als erfgenaam van wijlen C, vertegenwoordigd door de heer D te B, tegen  
Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, chemotherapie met ramuncirumab en  
irinotecan bij gemetastaseerd slokdarmcarcinoom, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201801736

Zittingsdatum : 5 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, als erfgenaam van wijlen C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door de heer D te B,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 500 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzekerde heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van chemotherapie met onder andere ramuncirumab en irinotecan, uitgevoerd te Krefeld, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzekerde heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van verschillende data, waaronder 5 december 2017, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde 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. Verzekerde is op 24 augustus 2018 overleden.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 6 februari 2019 heeft verzoekster als erfgename van verzekerde 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. Door verzoekster is 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 11 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2019 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 maart 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 13 maart 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 15 april 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019015001) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling met FOLFIRI-ram van een gemetastaseerd oesophaguscarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 april 2019 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2019 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 6 juni 2019 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd toe te lichten tot hoe ver de conclusie uit het voorlopig advies, dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, reikt en of dit betekent dat ook de kosten van palliatieve zorg, opnames en verpleging in de Helios kliniek niet voor vergoeding in aanmerking komen. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 juni 2019 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 19 juni 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld op het definitief advies te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 juni 2019 respectievelijk 3 juli 2019 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectieve wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft over verzekerde het volgende verklaard: *"Patiënt is door mij verwezen voor behandeling naar de Helios kliniek in Duitsland. In Nederland werd afgezien van behandeling van het slokdarmcarcinoom met uitzaaiingen. Inmiddels is er succes wat betreft grootte na 4 kuren. Ik begreep van patiënt dat behandeling niet onder de dekking valt."*
- 4.2. In aanvulling op hetgeen de huisarts heeft verklaard, stelt verzoekster dat verzekerde halverwege 2017 in Nederland uitbehandeld was. Om die reden heeft de huisarts hem naar Duitsland verwezen. Daar werd verzekerde eind 2017 behandeld met een combinatie van de middelen ramucirumab en irinotecan. Omdat verzekerde goed op deze combinatie reageerde, is besloten de behandeling voort te zetten. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten evenwel afgewezen omdat de behandeling van slokdarmcarcinoom met uitzaaiingen met een combinatie van ramucirumab en irinotecan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet volgen. Zo is het voor haar niet duidelijk welke wetenschappelijke studies bij de beoordeling zijn gebruikt. Volgens de verklaringen van verschillende artsen van de Helios kliniek is de toepassing van ramucirumab in combinatie met irinotecan gebaseerd op diverse wetenschappelijke studies. Daar komt bij dat zowel

ramucirumab als irinotecan afzonderlijk wel wordt vergoed. Samengevat meent verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende heeft aangetoond dat de behandeling met de betreffende medicijnen niet voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk.

4.3. Verzekerde is met ingang van 1 januari 2018 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar heeft de kosten van ramucirumab in combinatie met irinotecan wel vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit laatste bevreedt verzoekster nog het meest omdat de stand van de wetenschap en praktijk een criterium is waaraan elke zorgverzekeraar in Nederland zich moet houden. Verzoekster stelt zich dan ook op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de tot en met 31 december 2017 gemaakte kosten volledig althans voor ten minste 75% te vergoeden.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar stellingen herhaald. Het is haar duidelijk dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is dat de behandeling met FOLFIRI-ram niet wordt vergoed. Ten aanzien van de andere gemaakte kosten, zoals die van verpleging en verzorging, heeft door de ziektekostenverzekeraar geen standpunt ingenomen.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Volgens artikel 1.2 van de verzekeringsvoorwaarden worden alleen behandelingen vergoed die wetenschappelijk en in de praktijk zijn bewezen dan wel volgens de specialisten op een bepaald vakgebied verantwoord en geschikt zijn. Bij verzekerde was sprake van een oesophaguscarcinoom met uitzaaiingen. In Duitsland is hij hiervoor behandeld met ramucirumab in combinatie met het chemotherapieregime irinotecan, 5-fluorouracil en folinezuur. Dit regime wordt afgekort als FOLFIRI. De combinatie met ramucirumab wordt afgekort als FOLFIRI-ram. Omdat FOLFIRI-ram niet als zodanig staat geregistreerd en evenmin voorkomt in de verschillende richtlijnen, kan niet worden vastgesteld dat de behandeling die verzekerde heeft ondergaan, voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.2. Dat de combinatie van de middelen ramucirumab, irinotecan en 5-FU niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is ook terug te vinden op de website [www.ad-on-2017.nl](http://www.ad-on-2017.nl). Uit tabel drie op deze website blijkt dat de combinatie van ramucirumab en paclitaxel, na platium of fluoropyrimidine wel voor vergoeding in aanmerking komt. In Duitsland is besloten om verzekerde niet met deze combinatie te behandelen omdat hij al eerder is behandeld met carboplatin. Daarnaast is het de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk met welke reden verzekerde in Nederland is behandeld met de combinatie van middelen die wel worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar ziet hierin echter geen aanleiding te besluiten om alsnog een vergoeding toe te kennen voor de gebruikte combinatie.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de door de kliniek in Duitsland aangeleverde wetenschappelijke studies beoordeeld. Uit deze studies kan echter niet worden geconcludeerd dat een combinatie van de middelen ramucirumab en irinotecan een significante meerwaarde heeft ten opzichte van andere middelen. Voor zover verzoekster graag wil weten op welke zoektermen is gezocht door de ziektekostenverzekeraar, kan hij op deze vraag geen antwoord geven. De desbetreffende medewerkers zijn niet meer werkzaam bij de ziektekostenverzekeraar.

5.4. Voor zover verzoekster vergoeding vordert van de porth-a-cat die nodig was om verzekerde de chemo toe te dienen, geldt dat omdat de behandeling met FOLFIRI-ram niet wordt vergoed, ook de porth-a-cat niet voor vergoeding in aanmerking komt.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de verpleegdagen in de Helios kliniek nodig waren, omdat verzekerde daar de chemobehandeling kreeg. De ziektekostenverzekeraar meent dan ook dat alle zorg die door de Helios kliniek aan verzekerde is geleverd direct verbonden is met het toedienen van de chemobehandeling FOLFIRI-ram.

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 A17 van de zorgverzekering en van 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 33 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

***“Medisch specialistische zorg***

*(...)*

*Welke zorg*

*U heeft recht op:*

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*

*(...)”*

8.4. Op pagina 6 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en door de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap' en dan geldt dat die zorg is verzekerd die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.5. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld op de pagina's 8 en 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

***“Buitenland***

*Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.*

*Welke zorg*

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/ EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

*Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.*

#### *Toestemming*

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt voor meer informatie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland."*

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens het bepaalde op pagina 5 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Medisch specialistische zorg, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en 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.
- 8.8. 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. nr. 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. Verzekerde is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Daarom is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzekerde heeft weliswaar voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd, maar hij heeft hem geen redelijke termijn gegund voor de beantwoording en hij heeft het antwoord van de ziektekostenverzekeraar ook niet afgewacht. Door het antwoord van de ziektekostenverzekeraar niet af te wachten en al te starten met de behandeling moet de situatie van verzekerde worden gelijkgesteld met die als ware vooraf in het geheel geen toestemming gevraagd. Gelet op de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, C444-05) blijft Vo. nr. 883/2004 dan buiten toepassing en dient te worden getoetst of op basis van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding.

9.2. In dat verband dient - mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt - in de eerste plaats te worden beoordeeld of de bij verzekerde uitgevoerde behandeling met FOLFIRI-ram bij een gemetastaseerd slokdarmcarcinoom voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.

Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen

interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.


- 9.3. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen.
- Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.
- 9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de behandeling met FOLFIRI-ram bij een gemetastaseerd slokdarmcarcinoom is door het Zorginstituut uitgevoerd. De bevindingen hiervan zijn in het advies van 15 april 2019 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de - internationale - wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Geadviseerd wordt daarom tot afwijzing van het oorspronkelijke verzoek. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over.
- 9.5. Het voorgaande betekent dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling met FOLFIRI-ram ten laste van de zorgverzekering. Tot deze kosten behoren ook die van de porth-a-cat, gebruikt voor de toediening van de cytosatica.
- Ter zitting heeft verzoekster haar verzoek gewijzigd en de commissie gevraagd te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden om bij afwijzing van het oorspronkelijke verzoek althans de kosten van de palliatieve zorg, opnames en verpleging in de Helios kliniek te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband het standpunt ingenomen dat alle zorg die door de Helios kliniek aan verzekerde is geleverd direct verbonden was aan de behandeling met FOLFIRI-ram. De commissie deelt dit standpunt. Verzekerde was in Nederland uitbehandeld en er is geen reden aan te nemen dat hij zou zijn opgenomen in een ziekenhuis. Er is voorts niet gekozen voor palliatie, maar voor behandeling in de Helios kliniek, waarbij de aanname kennelijk was dat hier nog de mogelijkheid bestond van een curatieve behandeling. Voor de opname in genoemde kliniek bestond dan ook geen andere grond dan de behandeling met FOLFIRI-ram zodat alle gemaakte kosten rechtstreeks verband houden met deze niet-verzekerde zorg. Deze kosten komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.
- 9.6. Hetgeen verder door verzoekster is aangevoerd - met name met betrekking tot de goede werking van de middelen en dat deze middelen afzonderlijk van elkaar wel worden vergoed - kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat verzekerde bij een andere zorgverzekeraar de behandeling vanaf 1 januari 2018 wel vergoed heeft gekregen ten laste van de zorgverzekering. 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 met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Dit brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over









te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Zou de ziektekostenverzekeraar een beleid voeren waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving op grond van de zorgverzekering is toegestaan, dan kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Omdat verzoekster zich beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


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

### 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, 24 juli 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

