



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F en G te H, vertegenwoordigd door I te J

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, endoscopische reparatie mitralisklep, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201301607

Zittingsdatum : 18 juni 2014

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)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen:verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

- 1) E te F, en
- 2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door I te J, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam gevolmachtigde] Privilege polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 endoscopische reparatie van de mitralisklep, uitgevoerd te Aalst, België (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 22 juni 2012 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 8 mei 2013 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 7 oktober 2013 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 10 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 januari 2014 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 16 december 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 13 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013155133) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of de door verzoeker ondergane behandeling een technische variant is van de open mitraalkleplastiek dan wel dat het een ingreep betreft waarvan de stand van de wetenschap en praktijk moet worden geuid. Een afschrift van het CVZ-advies is op 14 januari 2014 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid verzocht het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren. Bij brief van 14 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat geen sprake is van een technische variant van de open mitraalkleplastiek, maar van een nieuwe techniek. Een zodanige techniek moet worden getoetst aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gebleken is dat de behandeling die verzoeker heeft ondergaan zich nog niet heeft bewezen, omdat er geen RCT, geen uitgebreide literatuur en geen expert opinion over is gepubliceerd. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ (thans: het Zorginstituut Nederland, hierna te noemen: het Zorginstituut).
- 3.10. Bij brief van 19 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of de aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 18 augustus 2014 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht, inhoudende dat het onderzoek door de ziektekostenverzekeraar niet op de juiste wijze is uitgevoerd. Het advies van het Zorginstituut is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 respectievelijk 28 augustus 2014 op het advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de betreffende wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend cardioloog heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *“Deze man die in een bijzonder goede algemene toestand is en zeer sportief is, heeft een ernstige mitralisklepinsufficiëntie. Het gaat om een significante regurgitatie zonder dat er reeds enige repercussie is op diameters van ventrikel, atrium, noch ritme of pulmonale druk. Hoewel hij asymptomatisch is komt hij om prognostische redenen en juist voor het voorkomen van de cascade van nevenfenomen in aanmerking voor een endoscopische repair van de mitralisklep. Dit werd gepland voor 03/07/2012. (...)”*.
- 4.2. Verzoeker heeft omstreeks 22 juni 2012 een verzoek ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een machtiging in verband met een operatieve ingreep, meer in het bijzonder een endoscopische reparatie van de mitralisklep met een minimaal invasieve techniek. Uit de brief van 20 juni 2012 van de behandelend cardioloog in Nederland blijkt dat deze ingreep een korte post-operatieve revalidatie kent en dat daarnaast de kans op volledig cardiaal herstel groot is. Bovendien ligt bij het OLV te Aalst alle kennis en kunde op dit gebied. De cardiochirurg aldaar heeft al meer dan 2.500 van deze ingrepen met succes verricht. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag echter afgewezen, en geeft als motivering dat het hier een ingreep betreft die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder

de zorgverzekering. Er zou een alternatief mogelijk zijn in Nederland, namelijk in Nieuwegein. Daar zou gebruik worden gemaakt van de nieuwste minimaal invasieve techniek en ook deze zou slechts een korte revalidatieperiode kennen. Voor verzoeker is dit echter geen alternatief, omdat de betreffende behandeling experimenteel is en daaruit nog veel heroperaties voortvloeien.

- 4.3. Verzoeker voert verder aan dat hem, gelet op Verordening 883/2004, de toestemming niet mocht worden geweigerd omdat de zelfde zorg niet even doeltreffend in het woonland kon worden verleend. De verordening spreekt over een "voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling" en de behandeling in Nieuwegein is niet even doeltreffend.
- 4.4. De ingreep heeft intussen plaatsgevonden. Verzoeker is hiervoor van 6 tot en met 13 augustus 2013 opgenomen geweest.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling in Aalst vele voordelen biedt ten opzichte van een open hartoperatie. De revalidatie duurde slechts twee weken. Bij de open hartoperatie waren dit zes weken geweest. Bovendien had hij dan langer medicijnen moeten slikken dan nu het geval was. Hij heeft nu geen lekkage meer van zijn hartklep, hetgeen uniek is. De behandelend arts heeft vele bekende mensen geopereerd, en is kundig. De ingreep vond plaats door middel van een incisie tussen de ribben, waarna een unit is ingebracht in zijn mitralis. Er bestaan meerdere poortjes, en één ervan is bij hem scheef. Zij lichaam heeft zich hierop aangepast. De minimaal invasieve mitralisklepplastiek, zoals bij verzoeker uitgevoerd, is niet meer experimenteel te noemen.
- 4.6. Bij brief van 27 augustus 2014 heeft verzoeker aangevoerd dat uit het definitieve advies van het Zorginstituut blijkt dat het door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde onderzoek niet op de juiste wijze is verricht. De afwijzing kan dan ook geen stand houden, zodat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de behandelkosten van € 21.887,22, vermeerderd met de wettelijke rente, te vergoeden.
- 4.7. 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 ontving op 21 juni 2012 van verzoeker een aanvraag voor de ingreep in Aalst. De aanvraag ging gepaard met een verzoek om coulance met betrekking tot de kosten van een speciale kamer, waarop verzoeker in het verleden op grond van zijn inmiddels beëindigde klasseverzekering aanspraak kon maken. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker daarop uitgenodigd voor het spreekuur van zijn medisch adviseur. Verzoeker heeft van het bezoek aan het spreekuur afgezien. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom contact opgenomen met de behandelend cardioloog in Nederland. Op basis van de beschikbare informatie is geoordeeld dat het hier niet gaat om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is geen sprake van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de aanvraag zorgvuldig is beoordeeld.
- 5.2. Bij nader onderzoek is gebleken dat er nog geen gerandomiseerde vergelijkende onderzoeken tussen conventionele en minimaal invasieve benaderingen van klepchirurgie beschikbaar zijn. De minimaal invasieve benadering van de aortaklepchirurgie is op grond van een advies van het Zorginstituut onder voorwaarden beschikbaar. Gezien de minder overtuigende operatieresultaten voldoet de minimaal invasieve mitralisklepchirurgie (nog) niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Afgifte van een S2-formulier is daarom niet gerechtvaardigd. Ook indien de zorg in België wel verzekerde zorg is, is dat in Nederland niet het geval. Vergoeding op grond van de verordening zou leiden tot een ongeoorloofde uitbreiding van het pakket.
- 5.3. De kosten in Aalst liggen hoger dan het maximale Nederlandse tarief.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen sprake is van TAVI. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar ook nooit gezegd. Er kan enkel een vergelijking worden getrokken met de procedure zoals die geldt voor TAVI. Verder is de ziektekostenverzekeraar bekend dat het ziekenhuis in Nieuwegein recent met deze ingreep is gestart. Dit is ook aan verzoeker medegedeeld. Niet ter discussie staat dat het gaat om een nieuwe behandeling. In een dergelijk geval moet worden gekeken naar de literatuur. De literatuur is er, maar hieruit blijkt alleen dat de techniek veelbelovend is. Niet is gebleken dat het gaat om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.5. Bij brief van 28 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het door hem uitgevoerde onderzoek is verricht volgens de "evidence based medicine"-methode, zoals deze ook door het Zorginstituut en de commissie wordt gebruikt.
- 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 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.


Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. (...)”



8.4. Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:



"Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze recht op vergoeding van:

- 
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
 - zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van [de zorgverzekering] tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"

- 8.5. Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De vergoeding van de kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang 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 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (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. Medisch-specialistische zorg, waaronder opname in een ziekenhuis, 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, 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 gereuleerde 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of een endoscopische reparatie van de mitralisklep met een minimaal invasieve techniek bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. 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.
- 9.5. 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.
- 9.6. Op verzoek van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek gedaan waarbij hij heeft vastgesteld dat hier sprake is van een nieuwe techniek die moet worden beoordeeld aan de hand van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. In dat kader heeft de ziektekostenverzekeraar een onderzoek naar de hiervoor bedoelde kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De bevindingen hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 14 februari 2014 verwoord. Het Zorginstituut heeft bij brief van 18 augustus 2014 medegedeeld dat het onderzoek niet volgens de EBM-methode is




uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop toegelicht dat hij heeft gekeken of publicatie heeft plaatsgevonden van een RCT, uitgebreide literatuur of een expert opinion, en dat hij tot de conclusie is gekomen dat dit niet het geval is. Voldoende aannemelijk is geworden dat i) hier sprake is van een nieuwe techniek die moet worden getoetst aan voornoemd criterium, en ii) dat het uitgevoerde onderzoek zich heeft uitgestrekt tot de diverse 'levels of evidence', waarbij zelfs op het lagere niveau - dat van de mening van de expert - geen resultaten zijn gevonden die aanleiding kunnen geven tot de veronderstelling dat de bij verzoeker uitgevoerde behandeling wél conform de stand van de wetenschap en praktijk is.




- 
- 9.7. Aangezien de door verzoeker ondergane ingreep, zoals hiervoor overwogen, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en derhalve geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, heeft hij geen aanspraak op vergoeding ten laste van deze verzekering. De Verordening biedt enkel dekking indien de zorg een verzekerde prestatie vormt in de bevoegde lidstaat, in casu Nederland. Aangezien dit niet het geval is, is het S2-formulier verzoeker terecht onthouden.
- 
- Of de behandeling die in Nieuwegein wordt uitgevoerd al dan niet even doeltreffend is als de behandeling in Aalst, kan gelet op het voorgaande in het midden blijven.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 1 oktober 2014,



Voorzitter

