

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : Zwitserland, Prometa® behandeling
Zaaknummer : 2012.02677
Zittingsdatum : 15 mei 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009, art. 22 Vo. nr. 1408/71)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maat-polis (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 Comfort Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Prometa® behandeling, uitgevoerd te Zwitserland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 16 en 17 januari 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 brieven van 5 april 2012 en 7 september 2012 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 ongedateerde brief 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 15 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 18 maart 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 17 april 2013 (zaaknummer 2013040258) 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 flumazenil en gabapentine niet zijn geregistreerd voor farmacotherapie bij verslaving. Flumazenil is geregistreerd als benzodiazepinen antagonist, en gabapentine is geregistreerd voor epilepsie en perifere neuropathische pijn. Deze middelen zijn onderdelen van het Prometa® behandelprogramma, waardoor dit programma geen verzekerde prestatie is. De behandeling volgens het Prometa® protocol voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 24 april 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 mei 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 mei 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 24 mei 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 verzoeker

- 4.1. Van 2 tot 5 november 2009 heeft de behandeling plaatsgevonden waarop verzoeker aanspraak maakt.
- 4.2. De huisarts heeft ter zake van verzoeker verklaard: *“Hierbij geef ik aan dat [verzoeker] in het najaar van 2009 een medisch noodzakelijke behandeling in Zwitserland moest volgen. Hierdoor is zijn gezondheidstoestand vooruit gegaan.”*
- 4.3. De behandelend therapeut heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: *“[Verzoeker] heeft mij bezocht (...) De consulten hadden deels een voorlichtend, deels therapeutisch karakter. (...) De consulten waren met name van belang omdat de behandeling in Zwitserland tamelijk technisch is en wij het belangrijk vinden dat onze cliënten een inzicht hebben in wat er tijdens hun behandeling feitelijk plaatsvindt. (...) [Verzoeker] leed aan alcoholisme en wilde daar korte metten mee maken. Op fysiek niveau is dat met de Prometa procedure uitstekend te doen. (...) Iedere dag, gedurende drie dagen, kreeg [verzoeker] een infuus toegediend met de juiste*

dosering flumazenil en is daarna met goed gevolg abtinent gebleven. In de nazorg bleek al snel dat [verzoeker] over een rotsvaste motivatie beschikte. Dit in combinatie met de behandeling volgens Prometa is tot op de dag van vandaag succesvol gebleven. [Verzoeker] heeft als ondersteunende medicatie de eerste maand gabapentine gehad ter ondersteuning van zijn herstel, alsmede vitamines B1 en B12.”

- 4.4. De behandelend internist heeft ter zake van verzoeker verklaard: *“[Verzoeker] heeft in het najaar van 2009 een medisch noodzakelijke behandeling gevolgd in Zwitserland. [Verzoeker] had ernstig leverfalen, gecompliceerd door portale hypertensie. De behandeling in Zwitserland heeft tot gevolg gehad dat het op dit moment, enkele jaren later, uitstekend met hem gaat. Uiteraard is dat niet alleen aan de behandeling in Zwitserland te danken, maar ook aan de behandeling hier in Nederland, maar wij kunnen stellen dat de behandeling aldaar sterk heeft bijgedragen aan zijn huidige situatie.”*
- 4.5. Verzoeker kampte met een alcoholverslaving. Na diverse opnames in een ziekenhuis in Breda is hij door de behandelend internist doorverwezen naar een ziekenhuis in Rotterdam. Verzoeker werd op de wachtlijst voor een levertransplantatie geplaatst en mocht geen alcohol meer gebruiken. In overleg met zijn echtgenote en vier broers heeft verzoeker besloten de Prometa® behandeling in Zwitserland te ondergaan. Voorafgaand aan deze behandeling is verzoeker naar het kantoor van de ziektekostenverzekeraar in Breda geweest. Aldaar werd hem verteld dat een commissie zou oordelen of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoeker heeft toen aangegeven dat de behandeling op zeer korte termijn moest plaatsvinden. Daar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar te laat zou komen, werd hem geadviseerd de officiële facturen te bewaren, en deze later te declareren. Overigens moesten de kosten van de behandeling bij vooruitbetaling worden voldaan. Dit is geschied met financiële ondersteuning door de broers van verzoeker.
- 4.6. Toen de gezondheid van verzoeker aanzienlijk was verbeterd, heeft hij zich wederom tot de ziektekostenverzekeraar gewend in verband met de vergoeding van de Prometa® behandeling. Verzoeker heeft veelvuldig gecommuniceerd met de ziektekostenverzekeraar. Hij stelt gefrustreerd te zijn dat hij door de ziektekostenverzekeraar van het kastje naar de muur is verwezen. De hele procedure verliep stroef. Daarnaast zijn er diverse toezeggingen gedaan. Zo heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gezegd dat “uit coulance toch wel iets zou mogen worden gedaan”. Verzoeker stelt aan alle informatieverzoeken van de ziektekostenverzekeraar te hebben voldaan. Na geruime tijd werd hem medegedeeld dat de behandeling niet zou zijn erkend. Volgens verzoeker is dit onbegrijpelijk. De ziektekostenverzekeraar had dit standpunt direct kunnen innemen, in plaats van hem meermalen te verzoeken aanvullende informatie aan te leveren. Bovendien zou verzoekers gezondheid zeer slecht geweest zijn indien hij de Prometa® behandeling niet had ondergaan, hetgeen veel zorgkosten met zich zou hebben gebracht. Er is sprake van levercirrose en verzoeker is volledig arbeidsongeschikt. Door de inkomensdaling die hier het gevolg van is, is hij niet in staat zijn broers terug te betalen. Verzoeker benadrukt dat de kwestie hem veel tijd, geld en moeite heeft gekost. De behandeling in Zwitserland heeft zijn leven echter drastisch veranderd.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Zorg komt voor vergoeding in aanmerking indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Daarbij wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet voldoende wetenschappelijk bewijs zijn waaruit duidelijk blijkt dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. Hierbij wordt alle beschikbare nationale en internationale wetenschappelijke informatie betrokken.
- 5.2. De Prometa® behandeling bij alcoholverslaving of verslavingsziekten voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er zijn geen langdurige, goed onderbouwde wetenschappelijke onderzoeken waaruit blijkt dat de Prometa® behandeling bij alcoholverslaving effectief en veilig is. De behandeling wordt zelfs gezien als omstreden. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat op de website van Abstinencia staat vermeld dat de Prometa® behandeling niet wordt vergoed door verzekeraars.
- 5.3. Verzoeker heeft in november 2009 een Prometa® behandeling in Zwitserland ondergaan vanwege zijn alcoholverslaving. Uit de aanwezige informatie blijkt niet van een verwijzing naar de kliniek aldaar. Er is enkel een brief van de huisarts ontvangen waarin wordt aangegeven dat verzoeker in 2009 een medisch noodzakelijke behandeling moest volgen. Deze brief is een verklaring voor de Belastingdienst. De huisarts noemt geen medische indicatie of verdere gegevens over verzoekers medische situatie. Uit de brief van prof. Soyka blijkt dat verzoeker naar hem is verwezen door de heer Inderwisch van Abstinencia. Daarnaast had verzoeker geen voorafgaande schriftelijke toestemming van de ziektekostenverzekeraar om de behandeling te ondergaan.
- 5.4. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar toezeggingen heeft gedaan op basis waarvan de door hem gemaakte kosten dienen te worden vergoed. Van een dergelijke toezegging kan slechts sprake zijn indien een ondubbelzinnige schriftelijke en gedragsbepalende toezegging is gedaan. Dit is evident niet het geval. Ten eerste is er geen schriftelijk stuk waaruit dit zou blijken. Ten tweede blijkt uit de contactregistraties niet van een toezegging hieromtrent. Ten derde worden dergelijke toezeggingen nooit telefonisch gedaan. Ten vierde heeft de betreffende medewerker aangegeven dat tijdens het gesprek met verzoeker is gezegd dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing niet zal veranderen, en dat een eventuele vergoeding alleen op basis van coulance zou kunnen worden verleend. Hierover is geen enkele toezegging gedaan. Opgemerkt zij dat dit gesprek ná de behandeling van verzoeker heeft plaatsgevonden en daarom niet gedragsbepalend kan zijn geweest.
- 5.5. Het is begrijpelijk dat verzoeker de behandeling van zijn alcoholverslaving vergoed wil krijgen. Dit is helaas niet mogelijk. Verzoekers situatie voldoet niet aan de verzekeringsvoorwaarden.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoeker recht heeft op een duidelijk antwoord. Normaliter wordt door een verzekerde een aanvraag gedaan en wordt in dat

verband verzocht om aanvullende informatie. In onderhavig geval heeft verzoeker geen aanvraag ingediend, omdat de beslissing hierop niet kon worden afgewacht. De beoordeling heeft daarom achteraf plaatsgevonden.

5.7. 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 zorgverzekering en artikel 9 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 is gehouden 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

“(…)

20.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname

20.2.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op medisch-specialistische zorg zonder opname.

U hebt recht op de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(…)

20.2.2. Voorwaarden om voor de zorg in aanmerking te komen

U hebt recht op medisch-specialistische zorg zonder opname als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.

Verwijzing

- U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, Jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts.

(...)

Zorgverlener

- Een medisch-specialist of kaakchirurg verleent de zorg.

(...)

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch-specialist.

(...)

20.2.3. Zorg door een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of leverancier waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal een bepaald percentage. Zie artikel 17.5. Het is mogelijk dat u een deel zelf moet betalen.”

Artikel 2.5 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen 2.5 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In artikel 2.1 Bzv is bepaald 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.
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 22 van Vo. nr. 1408/71 luidt, voor zover hier van belang:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lidstaat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lidstaat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft zorg betrokken in Zwitserland. Zwitserland is weliswaar geen lidstaat van de Europese Unie, maar Vo. nr. 1408/71 is – op grond van het Verdrag tussen de EU en Zwitserland (PbEU L 114 van 30 april 2003) – ook van toepassing op in Zwitserland verblijvende gerechtigden.
- 9.2. Beoordeeld dient te worden of door verzoeker een aanvraag is ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor de onderhavige behandeling en, zo ja, of deze tijdig is ingediend.
Verzoeker heeft in oktober 2009 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij een Prometa® behandeling zou ondergaan in Zwitserland. Van een aanvraag is echter geen sprake. Door verzoeker zijn geen stukken ingediend. Onderhavige behandeling is pas in 2011 gedeclareerd door verzoeker. Nu niet is gebleken van een vooraf ingediende aanvraag, kan de vraag naar de tijdigheid hiervan achterwege blijven. Een eventueel recht op vergoeding zal derhalve moeten zijn gebaseerd op de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Waar het gaat om de aanspraken op grond van de zorgverzekering is in de eerste plaats van belang of sprake is van een verzekerde prestatie. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt en het bepaalde in artikel 2.5 van de zorgverzekering, is de vraag of de Prometa® behandeling bij alcoholverslaving 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 toepas-

sing 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de Prometa® behandeling bij alcoholverslaving is door het CVZ in zijn advies van 17 april 2013 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de behandeling volgens het Prometa® protocol niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.7. Verder merkt de commissie op dat niet is gebleken dat verzoeker beschikte over een geldige verwijzing. Door verzoeker is weliswaar een verklaring van de huisarts overgelegd, gericht aan de Belastingdienst, maar dit is naar zijn aard geen verwijzing, terwijl het stuk bovendien is gedateerd 11 oktober 2011, derhalve nadat de Prometa® behandeling had plaatsgevonden. Daarnaast is door hem een verklaring van de behandelend internist in Nederland overgelegd, maar ook deze dateert van ná de Prometa® behandeling.
- 9.8. Nu niet is voldaan aan de voorwaarden, bestaat geen aanspraak op vergoeding van de Prometa® behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Werking privaatrecht

- 9.10. Door verzoeker is nog gesteld dat het onredelijk is dat de ziektekostenverzekeraar hem meermalen heeft verzocht om aanvullende informatie omtrent de Prometa® behandeling en zijn medische indicatie, terwijl achteraf bleek dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze stelling kan verzoeker niet baten. Verzoeker heeft (twee weken) voorafgaand aan de behandeling het kantoor van de ziektekostenverzekeraar in Breda bezocht. Bij die gelegenheid heeft hij zijn voornemen voor het ondergaan van de behandeling medegedeeld en geïnformeerd naar de vergoeding daarvan. Door de ziektekostenverzekeraar is geen vergoeding toegezegd. Enkel de mogelijkheid van een coulancevergoeding is besproken. Pas in 2011 heeft verzoeker de behandeling gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Dat de ziektekostenverzekeraar geruime tijd er over heeft gedaan om tot het oordeel te komen dat de Prometa® behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt, doet dit niets af aan het feit dat verzoeker zelf het risico heeft genomen de zorg in Zwitserland te betrekken, zonder enige zekerheid over de vergoeding daarvan. Dit risico komt voor zijn rekening.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 mei 2013,

Voorzitter