



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis
Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Farmaceutische zorg, medicinale cannabis, couulance

Zaaknummer : 201801179

Zittingsdatum : 28 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend vier sterren en Aanvullend Tand drie sterren afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op medicinale cannabis (hierna: de aanspraak). De kosten hiervan zijn gedurende enige tijd door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed. Bij brief van 12 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding met ingang van 1 januari 2017 stopt. Wel is de ziektekostenverzekeraar bereid een overgangsregeling te treffen tot 1 juli 2017.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 16 juli 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 oktober 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 5 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 1 november 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018050105) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat medicinale cannabis niet in aanmerking komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering omdat geen sprake is van rationele farmacotherapie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 november 2018 respectievelijk 5 november 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 30 november 2018 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 3 december 2018 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 verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 3 november 2016 over verzoekster verklaard:
"(...) [Verzoekster] is al jaren onder behandeling van de pijnpoli (...) i.v.m. uitgebreide neuropathische pijnklachten en fibromyalgie chronisch tendinomyogeen pijnsyndroom. De pijnspecialist geeft letterlijk aan dat er sprake is van een "centraal neuropathisch pijnsyndroom, therapieresistent". Nadat eerdere behandelingen met medicatie en een revalidatietraject weinig verbetering brachten, is mevr. steeds succesvol ingesteld op medicinale cannabis, welke zij nu al jaren met goed effect gebruikt. Naast de medicinale cannabis gebruikt zij nog Ibuprofen bruisgranulaat 600mg, 3dd 1 zakje en Zaldiar 37,5 mg/375mg, 4 dd 1 tablet tegen de pijn. (...)"
- 4.2. Verzoekster heeft al twintig jaar lang veel pijn en gebruikt hiervoor de laatste jaren medicinale cannabis, hetgeen haar verlichting geeft. Zij kan de kosten hiervan niet zelf dragen. Het stopzetten van de vergoeding heeft haar dan ook veel stress bezorgd en heeft geleid tot een vermindering van de kwaliteit van leven. Verzoekster loopt nu het risico tot het einde van haar leven bedlegerig te worden. Verder heeft zij ervaren dat de medicinale cannabis goed is voor haar luchtwegen, waardoor zij andere - dure - medicijnen zoals Flixotide 250 en antibiotica minder vaak hoeft te gebruiken.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft een zorgplicht, maar schiet hierin tekort. Volgens de betrokken medisch specialisten bestaat voor verzoekster geen alternatief voor medicinale cannabis. Verzoekster is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar de kosten dient te blijven vergoeden, hetzij ten laste van de zorgverzekering dan wel op basis van coulance.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn afwijzing verwezen naar een onderzoek dat is gedaan, en waaruit zou zijn gebleken dat de werking van medicinale cannabis niet is bewezen. Uit een uitzending van het programma Nieuwsuur van 19 juni 2018 (aflevering 165) blijkt evenwel dat het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) hierbij iedere grens van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek heeft overschreden en het onderzoek heeft gemanipuleerd. Het WODC wilde namelijk dat de wetenschappers tot het gewenste resultaat zouden komen, te weten dat het medicijn niet werkt. Onderzoekers die melding maakten van de manipulatie van het onderzoek, zijn ontslagen, zodat anderen bang waren hun baan te verliezen. Er is een debat geweest in de Tweede Kamer, op 23 januari 2018, betreffende de twijfel over de onafhankelijkheid van de WODC-onderzoeken.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij al heel lang te maken heeft met erge pijnklachten. Voor deze klachten gebruikt verzoekster nu al meerdere jaren medicinale cannabis. Tot 1 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de cannabis ook gewoon vergoed. Ter onderbouwing van de afwijzing heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het middel niet zou werken. Spreekster bestrijdt dit zeer. Het middel heeft een zeer positieve werking op de aanwezige pijnklachten. Andere medicijnen als alternatief heeft verzoekster wel geprobeerd, maar hebben niet het gewenste effect gehad. Het enige dat helpt is de cannabis. De pijnklachten die verzoekster heeft zonder gebruik van de cannabis zijn enorm. Zodanig dat normaal functioneren niet meer mogelijk is. Verzoekster snapt dan ook niet dat de cannabis niet wordt vergoed. Gebleken is dat veel studies slechts level B zijn. De behandelaar van verzoekster kan het zich niet voorstellen dat er geen onderzoeken beschikbaar zijn met een hogere evidence. Mogelijk dat de eerdere studies een verkeerde opzet hebben gehad.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Het Zorginstituut heeft een onderzoek uitgevoerd naar de werking van medicinale cannabis. Uit dit onderzoek is gebleken dat de werking niet wetenschappelijk kon worden aangetoond, zodat medicinale cannabis geen verzekerde prestatie (meer) vormt onder de zorgverzekering. Dit is de reden dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de vergoeding ervan met ingang van 1 januari 2017 stop te zetten. Om verzekerden die reeds lange tijd een vergoeding ontvingen tegemoet te komen, heeft de ziektekostenverzekeraar destijds besloten de kosten van de medicinale cannabis coulancehalve nog tot 1 juli 2017 te vergoeden. In die periode kon de verzekerde zoeken naar alternatieven. Na 1 juli 2017 verleent de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding meer.
- 5.2. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is momenteel in overleg met het Bureau Medicinale Cannabis (BMC) en het Zorginstituut over de noodzaak van aanvullende wetenschappelijke studies. Zodra hierover meer bekend is, zal de minister de Tweede Kamer informeren.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het Zorginstituut onderzoek heeft gedaan naar de werking van medicinale cannabis. Conclusie is dat in 2010 een duiding is geweest waaruit blijkt dat bij geen enkele situatie sprake is van rationele farmacotherapie. In 2013 en 2017 is dit geactualiseerd, maar dit heeft de conclusies niet veranderd. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de situatie, maar is gebonden aan de regelgeving. Ook voortzetting van de coulancevergoeding na 1 juli 2017 is geen optie meer.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

• geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;

• geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;

• geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als "preferent".

Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).

2 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een nietaangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg. (...)

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen. (...)"

- 8.4. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.
- 8.6. 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. De vraag die moet worden beantwoord, is of medicinale cannabis een geregistreerd geneesmiddel betreft. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking.

Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationale farmacotherapie.

9.2. Medicinale cannabis behoort niet tot de geregistreerde, door de Minister van VWS aangewezen geneesmiddelen, die zijn vermeld op bijlage 1 Rzv. Ook betreft het geen zogenoemde 'orphan drug'. Aanspraak bestaat op magistrale bereidingen, mits het rationale farmacotherapie betreft. Gezien het door het College voor Zorgverzekeringen (thans: het Zorginstituut) uitgebrachte rapport van 2 september 2003 (CFH-rapport 03/19) kan bij gebruik van medicinale cannabis bij alle indicaties niet worden gesproken van rationale farmacotherapie. Dit rapport is begin 2016 door het Zorginstituut herbevestigd. In het advies aan de commissie van 1 november 2018 heeft het Zorginstituut aan bedoeld stuk gerefereerd en geconcludeerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt de betreffende conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat het middel niet kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook mogen besluiten de vergoeding voor bestaande gevallen vanaf 1 januari 2017 te beëindigen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor medicinale cannabis, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Coulance

9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar coulance dient te betrachten, omdat medicinale cannabis voor haar verlichting van de pijn geeft en andere medicatie voor haar niet helpt. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen verzoekster een overgangsregeling aan te bieden tot 1 juli 2017 en deze niet te verlengen. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.


9.6. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, in het bijzonder dat zij de ziektekostenverzekeraar kosten bespaart van andere geneesmiddelen en dat hij zich bij zijn afwijzing baseert op de uitkomsten van een omstreden onderzoek, kan niet leiden tot een ander resultaat. Het Zorginstituut is, naast adviseur van de commissie, ook pakketbeheerder en adviseur van de Minister van VWS. Het Zorginstituut heeft op grond van eigen onderzoek geconcludeerd dat deze zorg niet (langer) ten laste van de zorgverzekering kan worden



vergoed. Deze zorgverzekering wordt grotendeels collectief gefinancierd. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar hiervan af te wijken. Dit kan alleen op basis van coulance of door opneming van een vergoeding in een aanvullende verzekering, omdat de kosten dan voor zijn rekening komen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor niet gekozen. De commissie kan in die beslissing niet treden.




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, 12 december 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester