



Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem  
Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, plaatsing neurostimulator, vergoeding nacontroles  
Zaaknummer : 201800098  
Zittingsdatum : 29 augustus 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,  
tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren (tot en met 31 december 2016) ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen MiX Aanvullende verzekering en VGZ Tand Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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 vergoeding van de kosten van het plaatsen van een neurostimulator en van de nadien uit te voeren/uitgevoerde nacontroles te Zürich, Zwitserland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 1 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 14 maart 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 of op basis van coulance (hierna: het verzoek).

3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juni 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 22 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018026436) 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 door verzoekster benaderde hoogleraar op 14 oktober 2016 onderzoek heeft gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk bij de indicatie-interventie combinatie van verzoekster. Uit dit onderzoek blijkt dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft in 2017 een literatuursearch uitgevoerd. Dit leverde slechts één publicatie van een gecontroleerd onderzoek op, namelijk een kleine crossover pilotstudie (n = 10) naar de toepassing van neurostimulatie bij Inflammatory Bowel Syndrome (Prikkelbare darm syndroom). Deze studie liet aanwijzingen zien voor een positief effect (6 van de 9 proefpersonen die gevolgd konden worden hadden beperkte (gemiddeld 25%) reductie van pijn). Hieruit blijkt echter niet dat de behandeling van verzoekster in combinatie met de gestelde indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar, na raadpleging van zijn medisch adviseur, binnen twee weken met een aanvullende reactie zou komen. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn nadere reactie bij brief van 11 september 2018 aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 13 september 2018 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 aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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. Verzoekster heeft al jarenlang zeer ernstige en chronische viscerale pijn in haar buik en heeft in verband hiermee reeds tientallen operaties ondergaan. Omdat in Nederland geen adequate pijnbestrijding meer mogelijk was, heeft de behandelend arts van het Maxima Medisch Centrum verzoekster in 2014 verwezen naar Klinik Hirslanden te Zürich, Zwitserland. De arts die werkzaam is in deze kliniek had verzoekster in het verleden al diverse keren met succes geopereerd. Na in 2014 opnieuw een bezoek te hebben gebracht aan de betreffende arts adviseerde deze verzoekster een neurostimulator voor Spiral Cord Stimulation te laten plaatsten. Een andere arts, werkzaam in dezelfde kliniek in Zwitserland, heeft verzoekster verzekerd dat het plaatsen van een dergelijke stimulator "erkend en effectief" is. Op basis van deze informatie, in combinatie met het feit dat de ziektekostenverzekeraar al eerder (achteraf) een behandeling in dezelfde kliniek had vergoed, vertrouwde verzoekster erop dat ook deze keer een vergoeding zou volgen.
- 4.2. In december 2014 is in Zwitserland bij verzoekster de neurostimulator geplaatst en de resultaten hiervan zijn boven verwachting goed. Verzoekster ervaart sindsdien bijna geen pijn meer en

kan weer een vrijwel normaal leven leiden. Omdat de ziektekostenverzekeraar zich, ook nadat verzoekster zich had gewend tot een televisieprogramma, op het standpunt bleef stellen dat de onderhavige behandeling in Nederland geen verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering, heeft verzoekster zich gewend tot een hoogleraar. Na lang onderzoek is deze hoogleraar tot de conclusie gekomen dat het plaatsen van een neurostimulator bij de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Desondanks vraagt verzoekster de commissie hierover een uitspraak te doen, omdat de chronische pijn in combinatie met de aandoeningen, klachten en operaties de situatie van verzoekster uniek maakt. Wetenschappelijk onderzoek van voldoende omvang zal dus niet snel aan de orde zijn.

- 4.3. Het plaatsen van de neurostimulator heeft verzoekster met hulp van haar omgeving kunnen bekostigen. Door deze hulp heeft verzoekster thans grote financiële moeilijkheden waardoor zij nu ook problemen ervaart met de vergoeding van de kosten van de noodzakelijke nacontroles. Aangezien verzoekster momenteel de financiële middelen niet heeft en de controles zeer belangrijk zijn, vraagt zij de ziektekostenverzekeraar deze kosten desnoods op grond van coudance te vergoeden. Een overweging die daarbij een rol kan spelen, is dat de door verzoekster geraadpleegde hoogleraar heeft verklaard dat de werkzaamheid in een beperkt aantal case reports en case series is beschreven; Spiral Cord Stimulation heeft in deze studies een duidelijk en significant effect op de pijnscore en het pijnmedicatiegebruik, en dit effect treedt op bij bijna alle in deze studies betrokken patiënten.
- 4.4. Indien de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt blijft stellen dat de kosten voor het plaatsen van een neurostimulator niet hoeven te worden vergoed, dient de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten op grond van de redelijkheid en billijkheid te vergoeden. Verzoekster beroept zich in dit verband op een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) waarin is geoordeeld dat ook al is een bepaalde zorgvorm nog geen onderdeel van het verzekerde pakket, deze onder omstandigheden toch voor vergoeding in aanmerking kan komen. De Hoge Raad heeft in vornoemd arrest vier voorwaarden geformuleerd waaraan dient te worden getoetst. Verzoekster voldoet hieraan. Allereerst zijn de gemaakte kosten zodanig hoog, namelijk € 61.968,04, dat een verzekerde deze niet zelf kan opbrengen. Verzoekster heeft genoemd bedrag enkel en alleen met hulp van haar omgeving kunnen voldoen. Daarnaast waren er geen alternatieven beschikbaar. De alternatieven die er waren, voldeden niet meer. De pijn voor verzoekster was in 2014 zo erg geworden dat zeker kon worden gesproken van ernstig lijden. Tot slot heeft de door verzoekster geraadpleegde hoogleraar, als gezegd, verklaard dat de neurostimulator in alle studies een duidelijk effect heeft op de pijnscores en het medicatiegebruik van de proefpersonen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend arts heeft verklaard dat er geen andere behandelmogelijkheid was. Zij heeft alles geprobeerd wat in haar macht lag. Zij heeft zelfs euthanasie overwogen en aangevraagd. Verzoekster heeft in oktober 2017 de batterij van de pacemaker in Rotterdam laten vervangen, omdat deze leeg was. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar wel vergoed.
- 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. De zorgverzekering biedt dekking voor zorg indien de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen en de zorg doelmatig is. Verder dient sprake te zijn van gebruikelijke zorg. Dit is het geval indien de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling of een behandeling aan dit criterium voldoet, wordt aangesloten bij de in de medische wereld gangbare werkwijze 'Evidence Based Medicine'. Uit diverse objectieve wetenschappelijke onderzoeken moet blijken dat de gekozen behandeling een meerwaarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling.
- 5.2. Verzoekster heeft op advies van haar behandelend artsen een neurostimulator laten plaatsen. Volgens de behandelend arts in Zwitserland wordt het plaatsen van een dergelijke stimulator

vergoed. Met betrekking hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het plaatsen van een neurostimulator bij de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de zorgverzekering. Tevens merkt hij op dat ook de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige behandeling. Tot het doen van een coulancevergoeding ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding, aangezien hij nooit een dergelijke vergoeding toekent indien de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 5.3. Verzoekster heeft zich beroepen op een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) waarin is geoordeeld dat ook al is een bepaalde zorgvorm nog geen onderdeel van het verzekerde pakket, deze onder bijzondere omstandigheden toch voor vergoeding in aanmerking kan komen. Die bijzondere omstandigheden doen zich voor als (i) de kosten zodanig zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan dragen, (ii) alternatieven ontbreken, (iii) de zorg of het geneesmiddel noodzakelijk is in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden en (iv) aan valt te nemen dat die zorg of dat geneesmiddel, mede in verband met de werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het verzekerde pakket. De ziektekostenverzekeraar stelt dat in het onderhavige geval niet aan voornoemde voorwaarden is voldaan. Zo is het plaatsen van een neurostimulator weliswaar een dure behandeling, maar staat vast dat verzoekster in staat is geweest de kosten hiervoor op te brengen. Daarnaast volgt uit de brief van 6 mei 2015 en het e-mailbericht van 1 juni 2015 van de behandelend artsen in Nederland dat er nog andere behandelopties voor verzoekster bestonden. Gelet op deze conclusie kan niet worden gesteld dat de genoten zorg noodzakelijk was in verband met een levensbedreigende situatie. Tot slot geldt dat het Zorginstituut de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport bij brief van 20 april 2015 heeft geadviseerd tot opname van een aantal indicaties voor neuromodulatie. Het betreft hierbij uitdrukkelijk niet de indicatie die bij verzoekster speelt. Niet kan worden aangenomen dat deze indicatie op korte termijn wordt opgenomen in het basispakket, zodat aan geen van de in het arrest genoemde voorwaarden is voldaan.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter zake van de redelijkheid en billijkheid zijn standpunt herhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts toegezegd zijn medisch adviseur te vragen uiteen te zetten op welke wijze hij heeft onderzocht of de onderhavige zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en welke zoektermen hij hierbij heeft gebruikt. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard te zullen nagaan of de vervanging van de batterij van de neurostimulator inderdaad door hem is vergoed, en wat hiervan de reden was.
- 5.5. Bij brief van 11 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd zoals ter zitting was afgesproken. De ziektekostenverzekeraar deelt in zijn brief mede dat de initiële aanvraag een lange voorgeschiedenis (vanaf 2015) kent. De betreffende aanvraag is destijds afgewezen. Ook de nadien uit te voeren/uitgevoerde nacontroles zijn afgewezen. Uit onderzoeken uit 2016 en 2017 blijkt dat de betreffende behandeling bij de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In 2017 heeft het Zorginstituut een literatuursearch verricht die slechts één publicatie van een gecontroleerd onderzoek heeft opgeleverd. Ook hieruit is niet gebleken dat de behandeling bij de gestelde indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ter zake van de vergoeding van de vervanging van de batterij van de neurostimulator verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de brief van een hoogleraar, verbonden aan het Erasmus MC, van 18 september 2017 ertoe heeft geleid dat hij destijds heeft besloten deze kosten wél te vergoeden. Deze hoogleraar bevestigde dat de initiële behandeling weliswaar niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar dat deze wel effectief is voor verzoekster. Het stoppen van de behandeling (vanwege 'end of life' van de batterij) noemde de hoogleraar daarom "inhumaan". Ook stelde hij dat er geen alternatieve behandelingen meer waren voor verzoekster. De zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar zou hierdoor in het geding komen. Deze argumenten hebben de ziektekostenverzekeraar doen beslissen de vervanging van de batterij toch te vergoeden.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 of op basis van coulance.

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 artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"Omschrijving**

*U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"*

8.4. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

**"9.1. u woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**

*Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:*

*- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*

*- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*

*- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

*Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*(...)"*

8.5. Artikel 1.2. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

**"1.2. Medische noodzaak**

*U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te*

*bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)- methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."*

- 8.6. De artikelen 1.2., 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 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 of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en 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. Verzoekster is naar Zwitserland 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. Hoewel Zwitserland geen EU-lidstaat is, is genoemde verordening van toepassing op basis van een verdrag tussen de EU en haar lidstaten en de Zwitserse Bondsstaat. Ten aanzien van de aanspraken op basis van de verordening geldt het volgende.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster 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.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of het plaatsen van een neurostimulator bij abdominale viscerale pijn voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het plaatsen van een neurostimulator bij abdominale viscerale pijn is door het Zorginstituut in zijn advies van 22 juni 2018 uitgevoerd. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat deze behandeling niet voldoet aan de stand



van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering en daarmee geen verzekerde prestatie is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan verzoekster toestemming voor de onderhavige zorg te verlenen op basis van Vo. nr. 883/2004 en dat ook ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op verstrekking of vergoeding.

Dat de ziektekostenverzekeraar op een later moment heeft besloten de kosten van het vervangen van de batterijen van de neurostimulator wel te vergoeden, maakt het voorgaande niet anders. Kennelijk betrof het hierbij een onverplichte vergoeding en is dit zo ook met verzoekster gecommuniceerd.

Voor zover verzoekster vergoeding van de uitgevoerde nacontroles vordert, geldt dat indien de initiële behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk ook de hiermee verband houdende nacontroles niet voor vergoeding in aanmerking komen.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van de aan verzoekster verleende zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

### Redelijkheid en billijkheid

- 9.8. Zoals boven overwogen voldoet plaatsing van een neurostimulator bij abdominale viscerale pijn niet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Vervolgens ziet de commissie zich gesteld voor de vraag of vergoeding van de kosten van deze zorg aangewezen is uit een oogpunt van redelijkheid en billijkheid als bedoeld in artikelen 6:2 en 6:248 BW. In dit verband verwijst de commissie naar het arrest van de Hoge Raad van 19 december 2014, ECLI:NL:HR:2014:3679. Verzoekster heeft uitdrukkelijk een beroep op dit arrest gedaan.
- 9.9. Het gaat hier om de vraag of een zorgverzekeraar in het kader van een zorgverzekering kan worden verplicht tot het vergoeden van zorg die geen deel uitmaakt van het verzekerd pakket. In beginsel luidt het antwoord op deze vraag ontkennend, gelet op de aard en het dwingendrechtelijk karakter van de zorgverzekering. Als echter sprake is van bijzondere omstandigheden die niet zijn verdisconteerd in de afweging van de wetgever, kan dit aanleiding geven tot een andere uitkomst dan waartoe strikte toepassing van de wet leidt. Dat is het geval als die bijzondere omstandigheden die strikte toepassing zozeer in strijd doet zijn met algemene rechtsbeginselen of (ander) ongeschreven recht dat die toepassing achterwege moet blijven. De hier bedoelde bijzondere omstandigheden kunnen slechts bij hoge uitzondering worden aangenomen. Daarbij valt te denken aan gevallen waarin de betrokken zorg niet in het verzekerd pakket is opgenomen om redenen die niet of niet geheel overeenstemmen met hetgeen de wetgever voor ogen heeft gestaan met betrekking tot de samenstelling van dat pakket, namelijk dat dit pakket de noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering bevat.
- 9.10. In een dergelijk geval kan aanspraak bestaan op vergoeding van zorg die niet tot het verzekerd pakket behoort, als (i) de kosten daarvan zodanig hoog zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan opbrengen, (ii) alternatieven ontbreken, (iii) de zorg of het geneesmiddel noodzakelijk is in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden, en (iv) aan te nemen valt dat die zorg, mede in verband met zijn werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het pakket.
- 9.11. In dit verband is het volgende van belang:
- verzoekster lijdt aan een ernstige en pijnlijke aandoening;
  - adequate pijnbestrijding is niet meer mogelijk en (andere) effectieve behandelopties, buiten het toepassen van een neurostimulator, ontbreken zowel in Nederland als daarbuiten;
  - de onderzoeksgegevens over de toepassing van de neurostimulator bij abdominale viscerale pijn zijn beperkt tot case reports en observationele studies met kleine aantallen patiënten;

- de beperkte beschikbare bevindingen laten wel een gunstig effect op de pijnscores en het medicatiegebruik van de proefpersonen zien;
- ook verzoekster ondervindt een gunstig effect van toepassing van de neurostimulator;
- verzoekster heeft, met hulp van haar omgeving, dekking kunnen vinden voor de – aanzienlijke – kosten van implantatie van een neurostimulator;
- de ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van een brief van een hoogleraar, gezien de bijzondere omstandigheden, toegezegd de kosten van noodzakelijke vervanging van de batterij van de neurostimulator te vergoeden.

9.12. Voorts is het volgende van belang. Sinds 1 januari 2012 kan de minister voor Medische Zorg en Sport besluiten om zorg die nog niet bewezen effectief is toch, tijdelijk, toe te laten tot het basispakket. Daaraan wordt de voorwaarde verbonden dat in de periode van tijdelijke toelating gegevens worden verzameld over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de zorg. Aan de hand van deze gegevens beoordeelt het Zorginstituut of de zorg definitief onderdeel kan zijn van het basispakket. In aanmerking komen veelbelovende zorgvormen die nog geen deel uitmaken van het basispakket omdat de effectiviteit nog niet bewezen is. Wat de specifieke toepassingsvorm van neurostimulatie betreft waar het in deze procedure om gaat, is er geen concreet vooruitzicht dat deze wordt toegelaten tot het basispakket, ook niet tijdelijk en voorwaardelijk.

9.13. Alle hiervoor genoemde omstandigheden in aanmerking nemend, zowel afzonderlijk als in onderling verband, is de commissie van oordeel dat er onvoldoende grond is om de kosten van neurostimulatie aan verzoekster te vergoeden. De commissie vindt de wens van verzoekster alleszins invoelbaar en zij heeft oog voor haar argumenten. Het is echter uit een oogpunt van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar om in de omstandigheden van dit geval vast te houden aan de dwingendrechtelijk voorgeschreven regeling van het verzekerd pakket. De commissie gaat er daarbij wel van uit dat de ziektekostenverzekeraar zijn toezegging om de kosten van noodzakelijke vervanging van de batterij van de neurostimulator te vergoeden, gestand zal doen.

#### **Cou lance**

9.14. Verzoekster heeft tot slot gesteld dat de ziektekostenverzekeraar, gezien haar specifieke situatie, zo nodig cou lance dient te betrachten. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek tot vergoeding op basis van cou lance afgewezen. De commissie oordeelt dat de bevoegdheid tot toepassing van cou lance 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 van willekeur zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

#### **Conclusie**

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

#### 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 november 2018,

G.R.J. de Groot