



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering  
Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Oostenrijk, radontherapie, Morbus Bechterew, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201701312

Zittingsdatum : 10 januari 2018

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

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen








- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- 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 Zorgkeuzepolis (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 Top Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Uitgebreide 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 vergoeding van radontherapie, uitgevoerd te Bad Hofgastein, Oostenrijk (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 november 2016 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 7 maart 2017 en 11 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 17 juli 2017 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).
- 3.4. 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.

-  3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 november 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon 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 22 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017052514) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat radontherapie bij Morbus Bechterew/spondylitis ankylopoetica niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 december 2017 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Ter zitting is afgesproken dat verzoeker na de zitting aanvullende informatie, te weten een lijst met gepubliceerde artikelen, mag inbrengen.
-  3.10. Verzoeker heeft op 29 januari 2018 een aantal artikelen overgelegd ter zake van de werking van radontherapie. Afschriften hiervan zijn op 9 februari 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 februari 2018 op voornoemde informatie gereageerd. Een afschrift hiervan is op 12 april 2018 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
-  3.11. Bij brief van 5 maart 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 nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 maart 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut kan zich vinden in de analyse van de ziektekostenverzekeraar van de door verzoekster ingebrachte aanvullende informatie. Deze informatie geeft geen aanleiding tot wijziging van het standpunt dat radontherapie bij Morbus Bechterew niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift van dit advies is op 15 maart 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft - na verkregen uitstel - op 10 april 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft de aandoening Morbus Bechterew en door hem is op 22 augustus 2016 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van radontherapie te Bad Hofgastein. Deze aanvraag is afgewezen onder verwijzing naar artikel A.3.2. van de voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar vergoedt behandelingen alleen als genoeg (goed) bewijs bestaat dat de zorg goed en veilig is op de lange termijn. Daarbij wordt gekeken naar alle beschikbare wetenschappelijke informatie. Radonbadtherapie is volgens de ziektekostenverzekeraar geen algemeen geaccepteerde behandeling en niet wetenschappelijk bewezen. Verzoeker kan zich hierin niet vinden.

- 4.2. Ten eerste heeft te gelden dat verzoeker een aanvraag heeft ingediend voor radontherapie, en niet slechts voor radonbadtherapie. Deze therapie omvat veel meer dan alleen radonbadtherapie. Verzoeker maakt al 15 jaar gebruik van deze therapie en de ziektekostenverzekeraar heeft deze therapie ook altijd vergoed. Omdat de therapie inmiddels niet meer onder de noemer 'kuur' valt, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de reis- en hotelkosten niet meer. Dit betekent echter niet dat de kosten van de therapie zelf niet meer vergoed dienen te worden. Ten tweede licht verzoeker toe dat hij in de beginjaren proefpersoon is geweest in een onderzoek van de Universiteit Maastricht. Uit dit onderzoek blijkt dat radontherapie langere en intensievere effecten heeft dan andere behandelingen tegen Morbus Bechterew. Verzoeker stelt derhalve dat (de werking van) radontherapie wetenschappelijk is bewezen. De therapie werkt zeer goed voor hem, en hij meent dat de zorg goed en veilig is op de lange termijn. In de brochure van Gasteiner Heilstollen, de plek waar verzoeker altijd naartoe gaat, staat dat radontherapie al sinds 1946 onderwerp is van wetenschappelijk onderzoek. Gasteiner Heilstollen neemt deel aan studies van het onderzoeksinstituut van de medische particuliere universiteit Salzburg. Ook heeft verzoeker een nadere toelichting vanuit Gasteiner Heilstollen ontvangen, waarin wordt uitgelegd wat de therapie inhoudt. Deze toelichting is ondertekend door een universitair docent.
- 4.3. Verzoeker verwijst naar de brochure van Gasteiner Heilstollen en de toelichting gedateerd 13 december 2016 van de aldaar werkzaam zijnde arts/universitair docent. Van deze toelichting is een Nederlandse vertaling overgelegd. Tevens is een 'Therapieempfehlung' gedateerd 20 oktober 2016 aangeleverd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in het advies van het Zorginstituut een aantal artikelen wordt genoemd waaruit blijkt dat radontherapie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hij heeft echter zelf een aantal artikelen, die niet worden genoemd voornoemd advies, gevonden waaruit blijkt dat radontherapie wèl een positief effect heeft bij Morbus Bechterew. Zoals in 4.2 is vermeld, heeft verzoeker destijds meegewerkt aan een onderzoek naar de werking van radontherapie bij Morbus Bechterew. De arts die hierbij betrokken is geweest, heeft hierover een artikel geschreven waaruit blijkt dat deze behandeling werkzaam is. Het artikel is alleen niet via internet te vinden. Afgesproken wordt dat verzoeker de lijst met de door hem gevonden artikelen en het artikel van voornoemde arts aan de commissie zal zenden. Verzoeker merkt op dat radontherapie in Duitsland en Oostenrijk wordt vergoed. Verzoeker ziet de therapie als een soort medicijn waar hij veel baat bij heeft. Andere medicijnen werken bij hem niet of mag hij in verband met andere medische problemen niet gebruiken.
- 4.5. Verzoeker heeft op 29 januari 2018, zoals ter zitting was toegezegd, een aantal wetenschappelijke artikelen aan de commissie gezonden, waaruit de positieve werking van radontherapie blijkt.
- 4.6. Bij brief van 10 april 2018 heeft verzoeker gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker kan zich niet vinden in het advies. Hij is van oordeel dat uit de door hem ingebrachte stukken duidelijk blijkt dat de positieve werking van radontherapie wetenschappelijk is bewezen. Zo wordt in het artikel "*Combined Spa-Exercise Therapy Is Effective in Patients With Ankylosing Spondylitis: A Randomized Controlled Trial*" van de heer S. van der Linden aangetoond dat de positieve werking van radontherapie tot wel 40 weken effect kan hebben. Het Zorginstituut heeft slechts zeer summier gereageerd op de ingebrachte stukken. Een inhoudelijke behandeling ontbreekt. Volgens verzoeker lijkt te veel te worden ingezoomd op radonbadtherapie, terwijl radontherapie uit veel meer aspecten bestaat dan alleen een spa. Verzoeker wijst erop dat deze therapie in het verleden wèl is vergoed.
- 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 mag alleen zorg vergoeden als de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg. Zo moet er een (medische) indicatie zijn voor de zorg en mag de zorg niet onnodig duur zijn. Ook wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet voldoende wetenschappelijk bewijs zijn dat de zorg op de lange termijn veilig en effectief is bij de aandoening van de verzekerde (artikel A.3.2. van de voorwaarden). De overheid heeft dit criterium opgenomen in de Zorgverzekeringswet om goede en veilige zorg te garanderen. De ziektekostenverzekeraar moet beoordelen of het behandelvoorstel van een arts voldoende wordt onderbouwd in de medische literatuur en in de praktijk. Het is mogelijk dat een arts op basis van zijn kennis en ervaring een behandeling voorstelt, waarvan (nog) onvoldoende blijkt dat het bij die specifieke aandoening voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar mag de zorg dan niet vergoeden. Hij vergoedt slechts zorg waarvan is vastgesteld dat deze zowel effectief als veilig is. Als een behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, wordt daarmee niet gesteld dat sprake is van een gevaarlijke behandeling of dat een verzekerde geen baat heeft bij de betreffende behandeling. Bedoeld wordt dat (nog) onvoldoende is aangetoond dat de behandeling veilig en effectief is.
- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoeker zorgvuldig beoordeeld en hieruit is het volgende gekomen.  
Aan het edelgas radon wordt een ontstekingsremmende en pijnstillende werking toegeschreven. Er is echter geen wetenschappelijke literatuur die enig bewijs aanlevert voor het (lange termijn) effect van radon bij Morbus Bechterew. Ook is geen *wetenschappelijke* literatuur aangeleverd. Indien de therapie meer behelst dan radon alleen, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie, dan kan dit mogelijk worden vergoed op basis van de chronische lijst fysiotherapie.  
De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is op basis van zijn onderzoek tot de conclusie gekomen dat de aangevraagde zorg niet als een verzekerde prestatie kan worden beschouwd. De behandeling voldoet namelijk niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar kan niet overgaan tot vergoeding van de behandeling, omdat niet wordt voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden.
- 5.3. Radonbadtherapie is tot 1 januari 2016 vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering als zijnde kuurbehandeling. Met ingang van 1 januari 2016 is deze vergoeding uit de aanvullende ziektekostenverzekering geschrapt. Hierbij is besloten een overgangsregeling te treffen voor de verzekerden die in 2015 gebruik maakten van deze verstrekking. Verzekerden zijn hierover bij brief van 24 november 2015 geïnformeerd. Verzoeker heeft gebruik gemaakt van deze overgangsregeling. Daarom is in 2016 nog eenmalig een behandeling in een kuuroord vergoed aan verzoeker. Een verdere aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet meer mogelijk.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 augustus 2016 van verzoeker een aanvraagformulier ontvangen. Omdat niet duidelijk was welke behandeling werd aangevraagd, is bij brief van 24 augustus 2016 bij verzoeker nagevraagd op welke behandeling de aanvraag betrekking heeft. Op 30 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende reactie ontvangen: *“de behandeling voor mijn morbus Bechterew.”* Op grond hiervan kon niet worden beoordeeld of vergoeding mogelijk was, omdat het voor de beoordeling noodzakelijk is te weten welke behandeling gaat plaatsvinden. Bij brief van 5 september 2016 is verzoeker nogmaals gevraagd om nadere informatie. Deze informatie is op 12 september 2016 ontvangen. Hierin wordt het volgende vermeld: *“Ik vraag géén kuurbehandeling of fysiotherapie aan in het buitenland. Ik vraag aan: een volledige behandeling voor stabilisering Morbus Bechterew en aanverwante ziektes, in het buitenland.”* Bij brief van 14 september 2016 is het behandelplan van de medisch specialist en een verslag van eerdere behandelingen opgevraagd. Op 20 september 2016 is een nadere uitleg van verzoeker ontvangen, waarin hij mededeelt dat een behandelplan voorafgaand aan de behandeling wordt

opgesteld. Bij brief van 21 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij zonder behandelplan geen akkoordverklaring kan geven. Op 15 november 2016 is alsnog de nadere informatie ontvangen. De therapie had toen echter al plaatsgevonden. Op basis van de verkregen informatie heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de betreffende behandeling het als therapie ziet en niet als kuurreisje. Voorheen werden de kosten hiervan vergoed onder de aanspraak op vergoeding van een kuurreis, maar deze aanspraak is uit de aanvullende verzekering gehaald. Daarom is gekeken of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk om te zien of aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Anders dan het Zorginstituut stelt, heeft de medisch adviseur wel artikelen gevonden, maar hieruit bleek niet dat radontherapie een meerwaarde had. Er is gesteld dat verzoeker veel baat heeft bij de behandeling, maar bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk gaat het niet om het individuele effect, maar om hele groepen waarbij wordt vergeleken tussen de behandeling en een controlegroep.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het van belang is dat eventuele artikelen over de werkzaamheid van een behandeling niet alleen worden geschreven, maar dat deze ook moeten worden gepubliceerd.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 februari 2018 gereageerd op de door verzoeker op 29 januari 2018 overgelegde stukken. De medisch adviseur heeft op de aangeleverde artikelen de volgende reactie gegeven: *"1 Albrecht-Falkenbach 2005: geen effect aangetoond, zie ook conclusie ZINI*

*2 Klaus Becker: is geen wetenschappelijk maar beschrijvend artikel, geen conclusie dus op wetenschappelijke basis*

*3 "fragen aus der praxis": Is geen wetenschappelijke studie of publicatie*

*4 Herold Lind-Albacher: geen systematische review, zie ook conclusie ZINI*

*5 Shehata( tgf-levels): Niet aangetoond klinisch relevant, Ook door ZINI niet meegenomen als relevant*

*6 e m betmg: geen wetenschappelijke publicatie*

*7 Tubergen 2001: Gaat niet over radontherapie maar oefentherapie*

*8 Tubergen (kosten effectiviteitstudie): Gaat niet over radontherapie."*

De medisch adviseur concludeert daarom het volgende: *"In de aangeleverde stukken bevindt zich geen informatie die de conclusie doet wijzigen dat radontherapie aangetoonde meerwaarde heeft boven alleen oefentherapie bij M Bechterew."*

- 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 A.22. van de zorgverzekering en 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in hoofdstuk B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel A.3. van de zorgverzekering betreft de inhoud en omvang van de verzekering en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

**A.3.2. Inhoud en omvang van zorg**

*De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.*

*In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:*

- *de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en*
- *het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en*
- *de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en*
- *u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

*Toelichting:*

*Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.*

*Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.*

*(...)"*

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering betreft zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

**B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland  
Zorg: waar hebt u recht op?**

*Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:*

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

*(...)"*

8.5. De artikelen A.3. en B.2. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepols 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.

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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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 de 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 Oostenrijk, een andere EU-lidstaat, 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.

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de zorg om toestemming gevraagd. Aangezien uit de aanvraag niet bleek welke behandeling werd aangevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar nadere informatie opgevraagd bij verzoeker. De reactie hierop van verzoeker "*de behandeling van mijn morbus Bechterew*" is onvoldoende om de aanvraag te beoordelen. Hierna heeft de ziektekostenverzekeraar nog tweemaal verzocht om toezending van informatie op grond waarvan de aanvraag kan worden beoordeeld. Bij het uitblijven hiervan, heeft de ziektekostenverzekeraar op 21 september 2016 aan verzoeker medegedeeld dat hij de aanvraag niet langer in behandeling houdt.



Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat hij de benodigde informatie eerst op 15 november 2016 heeft ontvangen.

Uit het dossier blijkt dat de behandeling heeft plaatsgevonden in oktober 2016.

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar voorafgaand aan de zorg om toestemming gevraagd, maar deze aanvraag was onvolledig. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker om aanvullende informatie verzocht, maar heeft deze pas ontvangen nadat de zorg reeds was verleend. Deze situatie is gelijk te stellen aan die waarin in het geheel geen toestemming is gevraagd voorafgaand aan de behandeling.

Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of radontherapie bij Morbus Bechterew voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3. van de zorgverzekering.

9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde interventie bij de indicatie waarvoor de interventie in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse ziektekostenverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.

Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (dit staat voor: Patient, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.

9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

9.5. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot radontherapie bij Morbus Bechterew is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 28 december 2017 verwoord. De conclusie van het voorlopig advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft in het definitieve advies van 8 maart 2018 geconcludeerd dat de door verzoeker na de hoorzitting overgelegde stukken het voorgaande niet anders maakt. De commissie neemt het voorlopig en definitieve advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusies hiervan tot de hare.

Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering behoeft de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid geen beantwoording. Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van de radontherapie ten laste van de zorgverzekering.

9.6. Verzoeker heeft nog gesteld dat de radontherapie eerder wel werd vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft echter verklaard dat dit een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering betrof, en dat deze vergoeding per 1 januari 2016 uit de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering is geschrapt. De stelling van verzoeker treft, voor zover het de zorgverzekering aangaat, dan ook geen doel.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoeker genoten therapie. Meer specifiek behoort de vergoeding van een kuurbehandeling met ingang van 1 januari 2016 niet langer tot de aanspraken op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het verzoek kan derhalve niet op die grond worden toegewezen.

In het jaar 2016 gold wel een overgangsregeling voor verzekerden die in 2015 reeds gebruik maakten van de aanspraak op kuurreizen. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 november 2015 blijkt dat op grond van deze overgangsregeling aanspraak bestaat op één kuurreis in 2016 mits de aanvraag hiervoor uiterlijk 31 december 2015 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. Uit het dossier blijkt dat verzoeker gebruik heeft gemaakt van deze overgangsregeling, en dat de kosten van een kuurreis in juni 2016 op basis hiervan gedeeltelijk aan hem zijn vergoed.

Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name met betrekking tot de bewezen effectiviteit van de therapie bij zijn aandoening, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

#### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 april 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester