



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®), stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201601161
Zittingsdatum : 7 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



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

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering FNV TandZorg 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op augmentatietherapie met Prolastin®, uit te voeren in de Ruhrland Klinik in Essen, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 2016 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 ongedateerde brief (door de commissie ontvangen op 12 augustus 2016) 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).
- 
- 3.5. 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 28 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 september 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 29 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 16 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016122541) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat het geneesmiddel Prolastin® op basis van de toedieningsvorm (infuus) dient te worden beschouwd als geneeskundige zorg. Het Zorginstituut adviseert het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de overgelegde stukken de effectiviteit voor de indicatie van verzoekster onvoldoende is aangetoond. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 november 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld informatie over te leggen met betrekking tot de door dr. Stolk ingediende nieuwe aanvraag. Bij e-mailbericht van 9 december 2016 heeft verzoekster de gevraagde informatie overgelegd. Een afschrift van dit e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  3.12. Bij brief van 9 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en van de na afloop van de hoorzitting ontvangen 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 10 januari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Voorts merkt het Zorginstituut in zijn definitief advies op dat Prolastin® wordt toegediend via intraveneuze injectie. Respreeza® wordt wel als infuus toegediend. Een afschrift van dit advies is op 12 januari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 18 januari 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. De behandelend longarts in Nederland heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *"Vrouw van 42 jaar bekend met COPD GOLD II en een matige diffusiestoornis heeft emfyseem ontwikkeld op basis van een ZZ-homozygote alfa1-antitrypsine deficiëntie. Patiënte gaat de afgelopen jaren hard achteruit. Wanneer deze achteruitgang doorgaat, [moet] ook de mogelijkheid van longtransplantatie overwogen worden. Gezien het snel progressieve karakter van haar emfyseem is substitutie van alfa1-antitrypsine absoluut geïndiceerd. Helaas kan ik deze alfa1-antitrypsine substitutie in ons ziekenhuis of elders in Nederland niet geven. Zij kan hiervoor wel in Duitsland terecht. Zij is in de Ruhrland Klinik in Essen geweest (zie brief). Aldaar is ook de indicatie voor alfa1-antitrypsine substitutie gesteld. (...)"*
-  4.2. In aanvulling op het voorgaande stelt verzoekster dat het duidelijk is dat er zo snel mogelijk dient te worden gestart met de augmentatietherapie met Prolastin® om het ziekteproces in haar longen te

vertragen. Dat de voorgestelde therapie effect heeft blijkt uit het feit dat haar zus, die aan dezelfde ziekte lijdt, deze ook krijgt en hierover zeer positief is. Wat hierbij opmerkelijk is, is dat verzoeksters zus de therapie wél vergoed krijgt van haar zorgverzekeraar, terwijl de ziektekostenverzekeraar vergoeding van dezelfde kosten weigert.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) niet voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken blijkt namelijk dat het middel effectief is bij Alfa-1 antitrypsine deficiëntie.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar de kosten van het middel niet te vergoeden om verschillende redenen niet juist is.
In de eerste plaats zijn er richtlijnen van het Zorginstituut voor O0 en Z0-patiënten. Dr. Stolk heeft betoogd dat ZZ-patiënten fenotypisch gelijk zijn, zodat niet valt in te waarom voor hen andere regels zouden moeten gelden.
In de tweede plaats heeft het Zorginstituut in 2007 in een vergelijkbare kwestie negatief geadviseerd. Op dat moment waren weliswaar klinische effecten gemeten, maar geen surrogaat effecten. Deze zijn thans wel bekend en gepubliceerd in The Lancet. Daarnaast is in de tussenliggende periode veel wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd, waarbij de werking van Respreeza® is aangetoond. Aangezien de surrogaateffecten inmiddels wél zijn aangetoond, heeft dr. Stolk een hernieuwde aanvraag ingediend. Verzoekster kan de informatie hieromtrent nasturen. Ten derde voert verzoekster aan dat Nederland in Europa een uitzondering vormt. Het middel Respreeza® is toegelaten door de EMA en heeft ook een ZI-nummer. In de rest van Europa wordt het middel al jaren toegepast en ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringen vergoed. Hiernaar gevraagd, heeft verzoekster ter zitting verklaard dat zij het middel per infuus krijgt toegediend. Nadien heeft zij echter gesteld dat de toediening door middel van injectie geschiedt en dat dit het enige verschil is met de behandeling van haar zus, die de kosten wél van haar zorgverzekeraar vergoed krijgt.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ), thans het Zorginstituut, in 2007 Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) heeft beoordeeld en tot de conclusie is gekomen dat dit middel geen therapeutische meerwaarde heeft en om die reden niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport daarom geadviseerd Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) niet op te nemen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). De minister heeft het advies van het CVZ overgenomen, hetgeen betekent dat Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) niet is opgenomen op Bijlage 1 Rzv.
- 5.2. Op grond van artikel 12 van de zorgverzekering komen niet-geregistreerde geneesmiddelen slechts onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking. Ten aanzien van Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) is, althans in het geval van verzoekster, niet voldaan aan deze voorwaarden.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut in zijn advies van 16 november 2016 niet vermeldt dat er richtlijnen bestaan voor Z0 en O0-patiënten. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat indien een geneesmiddel een goedkeuring door de EMA heeft en in verschillende landen wordt vergoed, dit niet betekent dat het middel ook in Nederland onder de dekking valt.
- 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 A17 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

-  8.3. Op pagina 31 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op:

** onderzoek en diagnostiek,*

** behandeling,*

** materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen*

** laboratoriumonderzoek*

** mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. (...)"

-  8.4. Op pagina 9 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EERland of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt voor meer informatie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.5. Op pagina 7 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap' en dan geldt dat die zorg verzekerd is die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.6. Het bepaalde op de pagina's 7, 9 en 31 van de zorgverzekering is volgens het bepaalde op bladzijde 7 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg 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 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 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 wenst de onderhavige zorg te verkrijgen in een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland. Er is sprake van planbare zorg en op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Bij zowel de aanspraak op grond van deze verordening als op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering is van belang of het verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering betreft. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de behandeling met Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierbij is de toedieningsvorm van ondergeschikt belang, aangezien voornoemd criterium van toepassing is op alle vormen van zorg of diensten, zoals blijkt uit artikel 2.1 lid 1 Bzv.
- 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 is 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 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 naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 16 november 2016 verwoord. Op basis van de overgelegde stukken concludeert het Zorginstituut dat voor de indicatie van verzoekster de effectiviteit van Prolastin® onvoldoende is aangetoond. Gelet op deze conclusie, die de commissie overneemt, moet worden aangenomen dat de behandeling met Alfa-1 proteïnaseremmer (Prolastin®) niet voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering, was de ziektekostenverzekeraar niet gehouden aan verzoekster toestemming voor de onderhavige zorg te verlenen op basis van Vo. nr. 883/2004 en bestaat ook ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak op verstrekking of vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Vergoeding door andere zorgverzekeraar

- 
- 
- 
- 
- 9.7. Door verzoekster is gesteld dat haar zus de onderhavige behandeling wel vergoed krijgt van haar zorgverzekeraar. Dienaangaande overweegt de commissie dat zorgverzekeraars op basis van de polisvoorwaarden dienen te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan, kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat niet baten. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een ander oordeel.

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, 25 januari 2017,



A.I.M. van Mierlo