

ANONIEM

BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Transcraniële Magnetische
Stimulatie (TMS), neuromodulatie, F-MRI, stand wetenschap en
praktijk

Zaaknummer : 2013.00980

Zittingsdatum : 27 augustus 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top 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).

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 Transcraniële Magnetische Stimulatie (TMS), neuromodulatie en een F-MRI, uitgevoerd te Antwerpen (België) (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten in eerste instantie vergoed. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld geen verdere vergoeding te verlenen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 12 juni 2013 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 5 juli 2013 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 11 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 september 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 maart 2014 (zaaknummer 2013108768) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat TMS en directe elektrische stimulatie niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 augustus 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de door verzoekster overgelegde aanvullende stukken. Bij brief van 31 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar een reactie gegeven. Een afschrift daarvan is aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft bij brief van 12 november 2014 medegedeeld dat zij in de reactie van de ziektekostenverzekeraar de gebruikte bronnen mist. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld de gebruikte bronnen alsnog weer te geven, aan welk verzoek hij bij brief van 28 november 2014 heeft voldaan. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brief van 12 december 2014 heeft verzoekster een reactie gegeven. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 17 december 2014 heeft verzoekster aanvullende informatie overgelegd, die ter kennisname in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden.
- 3.11. Bij brief van 19 december 2014 heeft de commissie het CVZ (thans: Zorginstituut Nederland, hierna te noemen: het Zorginstituut) een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of de aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 22 januari 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht, inhoudende dat de behandeling van tinnitus met TMS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Partijen hebben van deze moge-

lijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. In 2009 is verzoekster door haar huisarts doorverwezen naar een arts in het UZA te Antwerpen. Deze doorverwijzing was mede gebaseerd op het advies dat is gegeven door de Koninklijke Kentalis te Sint-Michielsgestel. Dit is een gerenommeerde instelling voor mensen met zintuigproblemen en aan het advies verzoekster door te sturen naar Antwerpen moet dan ook zeer veel waarde worden gehecht. Sinds 2009 stuurt verzoekster elk jaar een zogenoemde jaarkaart naar de ziektekostenverzekeraar, en de daarop staande bedragen zijn steeds door laatstgenoemde vergoed. Op deze facturen stond de naam van de behandelend arts en dat het ging om tinnitus research. Het was voor de ziektekostenverzekeraar derhalve van meet af aan duidelijk welke behandeling het betrof, wie deze uitvoerde en waar deze werd uitgevoerd. In 2011 is verzoekster tweemaal geopereerd. Eenmaal door de behandelend arts in het UZA, en eenmaal door de KNO-arts.
- 4.2. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar haar declaraties jarenlang vergoedt, en dan de betalingen in 2012 stopt, omdat de behandeling experimenteel zou zijn. Nog los van de discussie of deze behandeling experimenteel is, mocht verzoekster erop vertrouwen dat een behandeling die gedurende drie jaren is vergoed, ook in toekomstige situaties zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft geen enkele reden dit vertrouwen te schenden.
- 4.3. Bovendien blijkt de behandeling aan te slaan en wordt deze uitgevoerd door een ziekenhuis van een universiteit. De behandeling moet daarom worden beschouwd als evidence based medicine.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij werd geconfronteerd met een tumor. Zij is in Nederland geweest voor behandeling, en is toen doorverwezen naar een behandelaar in België. Deze heeft de door de tumor veroorzaakte tinnitus verminderd tot een aanvaardbaar niveau. Volgens de ziektekostenverzekeraar is deze behandeling echter niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar onderzoek gedaan, maar heeft enkel gezocht in Medline. Verzoekster heeft ook gezocht in bijvoorbeeld PubMed. Daar heeft zij 38 artikelen gevonden, waarvan er vijf relevant zijn. Ook het Zorginstituut heeft onderzoek gedaan, maar in het advies staat niet waar is gezocht en met welke zoektermen. Bij verschillende zoektermen verschijnt namelijk een ander resultaat. Met de afkorting van de ingreep worden de minste 'hits' gevonden. Verder speelt nog dat door de ziektekostenverzekeraar het vertrouwen is gewekt dat een vergoeding zou plaatsvinden. Verzoekster heeft voorts toegelicht dat zij in 2009 is gezien door een Nederlandse arts in verband met extreme tinnitus. Destijds is geconstateerd dat sprake was van een zware tumor. Hieraan is zij geopereerd, en de tinnitus is daarmee sterk verminderd. Zij heeft nu nog steeds last van een lichte vorm van tinnitus, maar ook van een slecht functionerend evenwichtsorgaan. Zij is steeds doorgegaan met de behandeling, omdat hierdoor haar klachten worden verminderd en de werking van haar evenwichtsorgaan wordt verbeterd. De kosten van de behandeling zijn echter heel hoog.
- 4.5. Bij brief van 12 december 2014 heeft verzoekster toegelicht dat voor haar geen alternatief bestaat, noch voor de behandeling van tinnitus noch voor de evenwichtsstoor-

nissen. De behandeling wordt om de drie tot vier weken herhaald. Verzoekster heeft hier veel baat bij en kan bijna weer normaal functioneren. Op het moment dat de behandeling iets later wordt aangeboden, bijvoorbeeld na vijf weken, merkt zij direct dat haar klachten toenemen.

De ziektekostenverzekeraar heeft uitgebreide literatuur overgelegd, maar het effect van TMS op tinnitus komt in deze studie maar zeer summier aan bod. De behandeling wordt ook meegenomen bij 27 andere aandoeningen. Het artikel is minder specifiek dan de door verzoekster aangeleverde literatuur, en bovendien wordt het essentiële probleem van verzoekster, namelijk behandeling van haar evenwichtsstoornissen, in deze studie niet benoemd.

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 medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar deelt mede dat volgens het standpunt van het CVZ van 25 augustus 2009 de behandeling van tinnitus met directe elektrische stimulatie van de auditieve hersenschors niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het dossier blijkt dat de F-MRI werd uitgevoerd om te bepalen of elektrische stimulatie mogelijk was. Daarom komt ook deze behandeling niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. In het CVZ-standpunt van 7 september 2007 werd geconcludeerd dat TMS bij tinnitus geen te verzekeren prestatie is. Literatuuronderzoek wees uit dat onvoldoende evidence bestaat voor de effectiviteit van TMS als therapie voor tinnitus. De medisch adviseur heeft onderzoek verricht naar deze behandeling, en is tot de conclusie gekomen dat na het advies van het CVZ geen publicaties zijn uitgebracht waaruit de effectiviteit van TMS bij tinnitus blijkt.

5.3. In een brief van 17 februari 2012 is verzoekster medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de zorg die is verleend in het UZA niet meer zal vergoeden, omdat het experimentele zorg betreft. De ziektekostenverzekeraar verklaarde bij die gelegenheid tevens dat nog een eenmalige coulancevergoeding zou worden gegeven. Voor de MRI die op 13 maart 2012 heeft plaatsgevonden, verleent de ziektekostenverzekeraar ook een coulancevergoeding. De behandelingen en consulten van de behandelend arts in Antwerpen komen na 28 maart 2012 niet meer voor vergoeding in aanmerking.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de medisch adviseur niet enkel in één bron heeft gezocht. Er blijkt echter slechts één relevante publicatie beschikbaar te zijn. Met betrekking tot het gewekt vertrouwen merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster hiervoor reeds een afdoende compensatie is aangeboden. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster veel baat heeft bij de behandeling, mag zorg die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, niet door hem worden vergoed.

5.5. In zijn brief van 31 oktober 2014 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat een groot deel van de publicaties die door verzoekster zijn overgelegd, geen betrekking heeft op de behandeling van tinnitus met TMS. Een ander deel van de publicaties geeft geen onderbouwing van de wetenschappelijke bewijskracht. De meeste publicaties hebben betrekking op kleine pilot (effect)studies. RCT's en een review van verschil-

lende RCT's ontbreken in het overzicht. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is van mening dat een verwijzing naar een recente publicatie waarin een groep van Europese experts richtlijnen geeft voor het therapeutisch gebruik van TMS volstaat. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke publicaties die zijn verschenen tot en met maart 2014. De conclusie van deze groep is dat het effect van de onderhavige behandeling bij tinnitus op niveau C mogelijk effectief is. Dat wil zeggen dat er (nog) onvoldoende wetenschappelijk bewijs is (niveau A) om deze zorg als gebruikelijke zorg aan te merken conform de criteria van de zorgverzekering.

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 A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

- 1. oogheelkundige zorg;*
- 2. aanleggen van gips;*
- 3. ECG-onderzoek;*
- 4. preventieve voetzorg bij diabetes patiënten.*

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

- 1. de verpleging;*

2. de geneesmiddelen;
3. de hulpmiddelen;
4. de verbandmiddelen;
5. laboratoriumonderzoek. (...)"

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

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

a. de inhoud en omvang van deze 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; (...)"

- 8.6. De artikelen B.2. en B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering en A.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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 zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. 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 of diensten. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 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 een andere EU-lidstaat, te weten België, 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.
- 9.2. Niet gebleken is dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. 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 artikel B.2. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of TMS en neuromodulatie, zoals uitgevoerd bij verzoekster, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3. van ‘Hoofdstuk A’ 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 de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 6 maart 2014 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. In zijn definitief advies van 22 januari 2015 heeft het Zorginstituut het voorlopig advies gehandhaafd. Deze commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie daarvan tot de hare. De door verzoekster overgelegde publicaties leiden niet tot een ander oordeel. Aangezien de behandeling een verzekerde prestatie is, komt ook de hiermee samenhangende diagnose, zoals in dit geval de uitgevoerde F-MRI, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Gewekt vertrouwen

- 9.8. Voor zover verzoekster stelt dat bij haar het vertrouwen is gewekt dat de behandeling ook in de toekomst zou worden vergoed, overweegt de commissie het volgende. Door de behandeling gedurende enkele jaren te vergoeden, heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster inderdaad het vertrouwen gewekt dat de behandeling in toekomstige situaties eveneens zou worden vergoed. Dit neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid moet hebben een eenmaal gemaakte fout recht te zetten. Hij moet verzoekster hiervoor dan wel voldoende compenseren. Gebleken is dat aan verzoekster nog tweemaal een vergoeding is verleend. Gelet op het lange tijdsbestek waarin de behandeling is uitgevoerd en vergoed (drie jaren) acht de com-

missie een langere overgangsregeling aangewezen. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de door verzoekster in de drie maanden na 28 maart 2012 gemaakte kosten van de behandeling alsnog te vergoeden.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.8.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.8.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 18 februari 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo