

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius bij tubadysfunctie (oorsuizen), plegen te bieden, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Rzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer	: 202300403
Zittingsdatum	: 13 september 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 23 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 mei 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 27 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 juni 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 24 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023025995) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 juli 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld publicaties over te leggen waaruit blijkt dat ballondilatatie van de buis van Eustachius bij tubadysfunctie voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Bij e-mailbericht van 13 september 2023 heeft verzoeker informatie overgelegd. Een kopie van bedoeld e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 14 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan verzoeker gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de reacties van 13 en 14 september 2023 zijn op 29 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 juli 2023 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in te gaan op de volgende vragen:
 - Door verzoeker zijn in de procedure meerdere rapporten overgelegd waaruit zou blijken dat de betreffende ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het voorlopig advies wordt slechts ingegaan op zeven rapporten. Kan worden toegelicht met welke reden de overige rapporten niet zijn meegenomen bij de beoordeling?
 - Verder verschillen partijen van mening of voor het criterium 'plegen te bieden' alleen naar Nederland moet worden gekeken of ook daarbuiten. Zo stelt de ziektekostenverzekeraar dat voor genoemd criterium alleen moet worden gekeken naar het in Nederland aanvaarde arsenaal aan

behandelingen. Door verzoeker wordt daarentegen het standpunt ingenomen dat de betreffende behandeling ook wordt toegepast in landen zoals België, Duitsland, Denemarken en het VK en dat dit moet worden meegewogen in de beoordeling of sprake is van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Kan het Zorginstituut in het definitief advies aandacht besteden aan deze stelling?

Bij brief van 26 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 26 oktober 2023, aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Industrie** en Aanvullend Tand* (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Verzoeker had al gedurende zes jaren klachten in zijn oorgebied. Uiteindelijk heeft hij zich hiervoor gewend tot een medisch specialist in het UZ Antwerpen (België). Deze heeft vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van tubadysfunctie. Om de klachten te verhelpen is verzoeker geadviseerd een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius te laten uitvoeren. Nadat verzoeker hiermee had ingestemd, heeft de behandelend medisch specialist namens verzoeker op 8 november 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag hiervoor ingediend. In deze aanvraag heeft de behandelend medisch specialist het volgende over verzoeker verklaard:

"Betreft uw 51-jarige patiënt waarbij op tubomanometrie (objectieve meting van de functie van de buis van Eustachius) een obstructieve dysfunctie van de buis van Eustachius bilateraal werd vastgesteld. Eerder uitgevoerde MRI brughoek kon verdere onderliggende brughoekpathologie uitsluiten die de symptomatologie kan verklaren.

Obstructieve tubadysfunctie die refractair is aan topische intranasale corticosteroiden en orale antihistaminica kan momenteel enkel oorzakelijk behandeld worden door middel van een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius. Het betreft een minimaal invasieve behandeling.

Deze behandeling wordt sinds 2013 in België uitgevoerd, o.a. in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, doch is het materiaal momenteel niet terugbetaald in België via reguliere weg, i.c. mutualiteiten.

De efficiëntie werd in verschillende studies bestudeerd en bevestigd. Froehlich MH, Le PT, Nguyen SA, McRackan TR, Rizk HG, Meyer TA. Eustachian Tube Balloon Dilation: A Systematic Review and Meta-analysis of Treatment Outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Nov;163(5):870-882. doi: 10.1177/0194599820924322. Epub 2020 Jun 2. PMID: 32482125."

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 20 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 24 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 26 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Antwerpen uit te voeren endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker gesteld dat hij al meerdere jaren klachten heeft in zijn oorgebied, waarvan de behandelend medisch specialisten in Nederland de oorzaak niet konden achterhalen. Daarom heeft hij zich uiteindelijk tot een medisch specialist in het UZ Antwerpen (België) gewend. Deze heeft vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van tubadysfunctie. Hier is in Nederland nooit onderzoek naar gedaan. Om de klachten te verhelpen is verzoeker geadviseerd een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius te laten uitvoeren. De ziektekostenverzekeraar heeft zich echter op het standpunt gesteld dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om dit standpunt te weerleggen heeft verzoeker meerdere (wetenschappelijke) publicaties overgelegd, maar dit heeft niet geleid tot een wijziging.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat het UZ Antwerpen al meer dan 10 jaar ervaring heeft met het uitvoeren van een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius. De kans dat de aanwezige klachten verminderen of zelfs verdwijnen is ongeveer 70%. Dit percentage wordt ook genoemd in een onderzoek dat verzoeker is tegengekomen in Pubmed. Het gaat hierbij weliswaar om een kleine groep patiënten, maar er is een hoge slagingskans bij een relatief goedkope ingreep. Inmiddels heeft verzoeker de ingreep laten uitvoeren en het resultaat is dat hij weer fatsoenlijk kan functioneren. De klachten zijn helaas niet verdwenen, maar wel significant afgenomen. Verzoeker kan niet begrijpen dat ook het Zorginstituut tot de conclusie is gekomen dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Volgens verzoeker komt dit doordat het Zorginstituut alleen naar Nederland heeft gekeken en niet naar andere landen. In landen zoals België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk wordt de ingreep al jaren met succes uitgevoerd. Daarnaast noemt het Zorginstituut in zijn advies van 24 juli 2023 maar een selectief aantal publicaties. Alle onderzoeken van vóór 2018 lijken door het Zorginstituut niet te zijn meegenomen in de beoordeling. Als het Zorginstituut gebruik had gemaakt van de onderzoeken die door verzoeker zijn aangeleverd, had het advies er anders uitgezien. In ieder geval zou het advies dan een completer beeld geven en zou duidelijk worden dat de ingreep ook op de lange termijn positieve effecten heeft.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 juni 2023 uiteengezet dat de aangevraagde behandeling, te weten een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius bij tubadysfunctie, niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit omdat de behandeling niet voldoet aan het 'plegen te bieden'-criterium. Een en ander volgt uit het feit dat de betreffende behandeling niet in Nederland wordt verricht en dat deze ook in de Richtlijn Tinnitus van de NVKNO niet staat genoemd als behandeloptie. Naast het feit dat niet wordt voldaan aan het 'plegen te bieden'-criterium, heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius bij de indicatie tubadysfunctie niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Uit systematische reviews uit 2016 en 2018 kan worden geconcludeerd dat er grote verschillen zijn tussen de kleine onderzoeken op dit onderwerp, en dat er nog een placebogecontroleerd onderzoek moet plaatsvinden voordat uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit van deze behandeling.

Door verzoeker zijn meerdere publicaties overgelegd waaruit volgens hem zou blijken dat ballondilatatie bij de gegeven indicatie wél voldoet aan laatstgenoemd criterium. Om uiteenlopende redenen kunnen de betreffende publicaties evenwel niet dienen als bewijs hiervoor. Voor een uitleg verwijst de ziektekostenverzekeraar naar zijn schrijven van 3 mei 2023, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij als taak heeft te beoordelen of de aangevraagde zorg kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De conclusie is dat deze ingreep niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' én niet aan het criterium 'plegen te bieden'. Voor een nadere toelichting heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn brief van 27 juni 2023. Hierbij heeft hij opgemerkt dat het van belang is dat het criterium 'plegen te bieden' nationaal wordt geïnterpreteerd, terwijl het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' internationaal moet worden bekeken. Daarom is bij de beoordeling ook gebruik gemaakt van nationale én internationale literatuur. Als uit een internationaal onderzoek blijkt dat een ingreep succes heeft, betekent dit niet direct dat de ingreep ook tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering behoort.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.4. In reactie op de na afloop van de hoorzitting door verzoeker aangeleverde informatie heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker enkel een vijftal links naar Pubmed abstracts heeft gedeeld, maar niet heeft verwezen naar medische literatuur. Op basis van alleen een abstract kan geen goede uitspraak worden gedaan of wordt voldaan aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Daarvoor is het volledige artikel nodig. Daarnaast kijkend kunnen de betreffende publicaties niet tot de conclusie leiden dat de ingreep voldoet aan voornoemd criterium. Veel artikelen gaan namelijk over retrospectieve studies, zonder vergelijking met de gebruikelijke behandeling, en kunnen om die reden niet dienen als bewijs. Slechts één onderzoek maakt wel een vergelijking, maar bij dat onderzoek is er nog geen informatie beschikbaar over de werkzaamheid op langere termijn.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 24 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling van 'plegen te bieden'

Op 10 juli 2023 heeft het Zorginstituut gezocht naar [een] beschrijving van ballondilatatie van de buis van Eustachius binnen de diverse richtlijnen. In de richtlijnen database van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) wordt deze behandeling niet beschreven bij de richtlijn over tinnitus. Het KNO Medisch Centrum geeft aan dat de positieve effecten van ballondilatatie van de buis van Eustachius bij Tubadysfunctie nooit goed zijn aangetoond en daarom niet in Nederland wordt vergoed. Ook de websites van diverse zorgaanbieders beschrijven dat ze niet opereren aan de buis van Eustachius omdat hen hiervan geen goede behandelresultaten bekend zijn.

Het Zorginstituut concludeert op basis hiervan dat geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Er is daarom geen sprake van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Beoordeling van 'stand van de wetenschap en de praktijk'

Als zorg niet aan het 'plegen te bieden' criterium voldoet wordt niet toegekomen aan de beoordeling van het criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut heeft voor de volledigheid onderzocht of er recent aanvullend bewijs is gepubliceerd over de waarde van de behandeling die mogelijk nog niet in de Nederlandse richtlijnen is beschreven.

Studies sinds 2018

Op 10 juli 2023 werd vanuit het Zorginstituut een zoekopdracht in PubMed uitgevoerd. Er werden 96 resultaten gevonden. Vervolgens werd geselecteerd op "gerandomiseerde studies" en "vanaf 2018". Zo bleven 7 resultaten over welke zijn bestudeerd.

De conclusie is dat de beschreven nieuwe onderzoeken geen meerwaarde laten zien van de ballondilatatie van de buis van Eustachius bij tubadysfunctie. Er is een goed uitgevoerde studie van hoge kwaliteit verricht. Deze laat weliswaar een positief effect vroeg na behandeling (na zes weken) zien, maar het effect op langere termijn (één jaar) blijkt nagenoeg hetzelfde voor het wel- of niet behandelen met ballondilatatie. Andere recente gerandomiseerde studies bevestigen dit beeld of geven hier geen resultaten van.

Conclusie

De behandeling van een tubadysfunctie door middel van een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius is geen zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De behandeling maakt daarom geen onderdeel uit van het basispakket. Daarnaast voldoet de behandeling niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius bij een tubadysfunctie maakt geen onderdeel uit van het basispakket. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten van deze behandeling ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 26 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling van het criterium 'plegen te bieden'

In voornoemde brief van 29 september jl. heeft uw commissie gevraagd in te gaan op de stelling van verzoeker dat in de beoordeling of sprake is van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden moet worden meegewogen dat de betreffende behandeling ook wordt toegepast in landen zoals België, Duitsland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk.

In bijlage 2 van het rapport Pakketbeheer in de Praktijk (deel 3) geeft het Zorginstituut uitleg over dit criterium. In antwoord op de vraag en in aanvulling op het voorlopig advies verwijst het Zorginstituut naar de uitleg in bijlage 2 waarin het volgende staat:

De term 'zoals plegen te bieden' was bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) noodzakelijk in verband met de functionele prestatieomschrijving, waarbij niet meer dwingend wordt voorgeschreven door welke zorgverlener de betreffende zorg moet worden verleend. Verzekerd was niet meer de zorg van bijvoorbeeld een huisarts, maar zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners wordt een nadere invulling gegeven aan de inhoud van de zorg. Bij plegen te bieden gaat het om een domeinvraag, om het onderscheiden van de soorten zorg. Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om, welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg hij daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent hij die tot het deskundigheidsgebied van de beroepsgroep.

Daarbij gaat het om het soort zorg en wat globaal het behandelaanbod inhoudt. Het plegen te bieden-criterium is niet bedoeld om te beoordelen of specifieke behandelingen (interventies) aangeboden worden en als effectief beschouwd worden. Op dat moment betreden we het terrein van de stand van de wetenschap en de praktijk.

Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kan je o.a. kijken naar de richtlijnen van de beroepsgroep en andere documenten van de beroepsgroep zelf of in de wet BIG. Verder kan je kijken naar beleidsdocumenten, richtlijnen van

andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen, beroepscode, kortom, alle bronnen die iets over dit onderwerp zouden kunnen zeggen komen in aanmerking.

Nationaal/internationaal

De definitie van de aanspraken is geregeld in de nationale wetgeving. Het gaat om "Nederlandse" beroepsgroepen en wat die feitelijk plegen te bieden. De plegen toets is daarmee ook nationaal. De internationale praktijk speelt natuurlijk wel een rol, maar dan als onderdeel van stand van de wetenschap en praktijk.

Beoordeling van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'

In voornoemde brief van 29 september jl. heeft uw commissie gevraagd waarom in het voorlopig advies bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk slechts is ingegaan op zeven rapporten en de overige rapporten die door verzoeker zijn overgelegd niet zijn meegenomen in de beoordeling.

In antwoord op deze vraag en in aanvulling op het voorlopig advies merkt het Zorginstituut het volgende op.

In het dossier dat het Zorginstituut bij de adviesaanvraag heeft ontvangen worden door verzoeker meerdere artikelen aangedragen. Verweerder heeft deze artikelen doorgenomen en heeft onderbouwd waarom uit deze artikelen niet blijkt dat de behandeling voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Ook wordt door verweerder zelf literatuuronderzoek aangedragen. Er wordt hierbij door verzoeker en verweerder met name ingegaan op een systematisch review uit 2018. Gezien het voorgaande is het Zorginstituut ervan uitgegaan dat de beschreven literatuur tot 2018 voldoende door partijen was besproken en dat er consensus was dat hierin geen positieve argumenten te vinden waren met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk. Om die reden is door het Zorginstituut gezocht naar nieuwe literatuur die na deze review is gepubliceerd. Omdat verzoeker van mening is dat in het onderzoek van het Zorginstituut ook de literatuur van voor 2018 moet worden meegenomen is op 9 oktober 2023 opnieuw een zoekopdracht verricht in Pubmed. Deze zoekopdracht leverde 100 publicaties op. De oudste publicatie komt uit 2010. Vanwege het (grote) aantal publicaties en de zwaarte van de bewijslast die relevant is voor de beoordeling van de stand wetenschap en praktijk werden de volgende filters gebruikt: "Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review". Na gebruik van deze filters bleven 17 artikelen over, waarbij de oudste publicatie van 2016 is. Deze artikelen zijn reeds besproken door verzoeker en/of verweerder in het onderliggend dossier. Hieronder volgt een beschrijving van deze 17 artikelen.

(...)

Het Zorginstituut concludeert dat ook uit bovenstaande zoekopdracht blijkt dat er geen informatie is die een positief beeld schetst rondom de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Hetzelfde geldt voor de diverse literatuur die na de hoorzitting is aangedragen en die hierna wordt beschreven.

(...)

De conclusie dat een ballondilatatie bij een tubadysfunctie niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk blijft daarom ongewijzigd."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg, waaronder ook de criteria 'plegen te bieden', en 'stand van de wetenschap en praktijk', zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts is hierin het relevante artikel uit Verordening (EG) Nr. 883/2004 van het Europees parlement en de Raad van 29 april 2004 (Vo. nr. 883/2004) opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. In het onderhavige geval heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt, omdat niet wordt voldaan aan het 'plegen te bieden'-criterium en aan het criterium dat een behandeling conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' moet zijn. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende, waarbij zij opmerkt dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde prestaties is beoogd.

Zorgverzekering

- 8.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius. Dit vanwege ernstige oorklachten, bestaande uit aanhoudende drukklachten en tinnitus. Hoewel de commissie de wens van verzoeker tot behandeling van zijn klachten begrijpt, heeft zij als taak te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Dit is het geval als wordt voldaan aan de toepasselijke voorwaarden, die zijn gebaseerd op de Zvw en aanverwante regelgeving.
- 8.4. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 24 juli 2023 is de eerste vraag die in dat kader moet worden beantwoord of de behandeling behoort tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, Bzv. Het antwoord hierop luidt volgens het Zorginstituut ontkennend omdat in de richtlijnendatabank van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) deze behandeling niet wordt beschreven in de richtlijn over tinnitus. Daarnaast verklaart het KNO Medisch Centrum dat de positieve effecten van ballondilatatie van de buis van Eustachius bij tubadysfunctie nooit goed zijn aangetoond. Bovendien vermelden diverse zorgaanbieders dat zij niet opereren aan de buis van Eustachius omdat hiervan geen goede behandelresultaten bekend zijn. Gelet hierop concludeert het Zorginstituut dat een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius bij tubadysfunctie geen zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- 8.5. In het definitief advies van 26 oktober 2023 heeft het Zorginstituut desgevraagd toegelicht dat het bij dit criterium gaat om de Nederlandse beroepsgroepen en wat die feitelijk plegen te bieden. De door verzoeker overgelegde (verwijzingen naar) publicaties en artikelen in Pubmed geven weliswaar een beeld van de internationale praktijk, maar zoals het Zorginstituut opmerkt, is deze pas relevant in het kader van de tweede stap in de beoordeling, te weten of de behandeling (ook) voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Hieraan wordt echter niet toegekomen als niet wordt voldaan aan het criterium 'plegen te bieden'. De commissie concludeert dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat het tegendeel het geval is en ziet daarom geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit leidt tot het oordeel dat de behandeling van een tubadysfunctie door middel van een endoscopisch geassisteerde endonasale ballondilatatie van de buis van Eustachius geen zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Dit

betekent dat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering en dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond de ingediende aanvraag af te wijzen. Hieruit volgt tevens dat de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht werd geweigerd.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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. (...)*”

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede 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.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk overzicht vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel [A.1.1](#). In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.