

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, Mobi-C[®] cervicale discusprothese
Zaaknummer : ANO07.054
Zittingsdatum : 4 april 2007

Zaak: ANO07.054, Geneeskundige zorg, buitenland, Mobi- C[®] cervicale discusprothese.

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 lid 2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 10 oktober 2006 inzake het niet vergoeden van het plaatsen van een Mobi-C[®] cervicale discusprothese in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Bij brief van 10 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat het plaatsen van een Mobi-C[®] cervicale discusprothese in de Alpha Klinik te München (Duitsland) niet voor vergoeding in aanmerking komt.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 20 november 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de inmiddels uitgevoerde ingreep, bestaande uit het plaatsen van een Mobi-C[®] cervicale discusprothese, te vergoeden.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 16 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7. Bij brief van 2 februari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 9 februari 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 4 april 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn geïnformeerd over de inhoud van het advies van het College voor zorgverzekeringen en in de gelegenheid gesteld daarop te reageren. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 10 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 23 april 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 45-jarige vrouw die in het verleden (in 1982 en 1988) vanwege een hernia aan de wervelkolom is geopereerd. De laatste van deze operaties heeft in de Alpha Klinik in München plaatsgevonden. Nu, achttien jaar na dato, spelen nekklachten haar parten.
Blijkens de brief van 15 december 2005 van haar behandelend neuroloog in Nederland, kampt zij sinds de zomer van 2005 met pijn in de nek met uitstraling naar beide armen. Zij heeft hiervoor diverse behandelingen ondergaan, waaronder fysiotherapie, kraken en neuraaltherapie. Ook is haar Prednison® voorgeschreven. De behandelend orthopedisch-chirurg heeft op 14 november 2005 door middel van een MRI een nek-hernia gediagnostiseerd op niveau C6-7. Dit verklaart volgens de behandelend neuroloog mogelijk de klachten aan de rechterarm. De klachten aan de linkerarm worden hierdoor echter niet verklaard. De specialist heeft voorgesteld de begeleidende symptomen eerst medicamenteus te behandelen met amitripyline en de effecten hiervan na zes weken te evalueren.
- 4.2. Verzoekster heeft op 21 februari 2006 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor de vergoeding van een hernia-operatie in de Alpha Klinik in München. Naar haar zeggen is toen door de behandelend medisch-specialist van de Alpha Klinik een operatie voorgesteld – te weten een percutane nucleotomie op niveau C6-7 – die in Nederland als zodanig niet wordt uitgevoerd. Tevens vraagt zij vergoeding van de kosten van vervoer en verblijf, zowel voor zichzelf als voor haar begeleider.
- 4.3. Na de mededeling van de zorgverzekeraar dat de kosten slechts ten dele voor vergoeding in aanmerking komen, heeft verzoekster hem verzocht de volledige vergoeding van de kosten in heroverweging te nemen, nu de poliklinische ingreep in de Alpha Klinik volgens haar niet of nauwelijks kosten in verband met de nazorg zal opleveren.

- 4.4. Op 11 september 2006 is verzoekster voor vooronderzoek bij haar behandelend medisch-specialist in de Alpha Klinik geweest, bij welke gelegenheid hij, blijkens het medisch verslag van 13 september 2006, tot de conclusie is gekomen dat zij bij een andere behandeling meer baat zou hebben. Hij heeft verzoekster na het onderzoek een behandeling voorgesteld, bestaande uit een “decompressie cervicale HNP met een discusvervanging bij instabiliteit”. De kosten van dit vooronderzoek ad € 1.829,23 zijn door de zorgverzekeraar vergoed, althans niet teruggevorderd. Nu de voorgestelde behandeling een geheel andere is dan de behandeling waarvoor op 21 februari 2006 een vergoeding is gevraagd, heeft verzoekster, na overleg met haar zorgverzekeraar, opnieuw een aanvraag (de in dit geschil voorgelegde aanvraag) voor de vergoeding van de kosten van het plaatsen van een discusprothese – in casu van het merk Mobi-C® – ingediend. Bij deze aanvraag heeft verzoekster het medisch dossier van haar verblijf in de Alpha Klinik van 11 tot en met 13 september 2006 gevoegd.
- 4.5. De afwijzing van de onderhavige aanvraag voor vergoeding van een cervicale discusprothese is voor verzoekster onbegrijpelijk nu deze in eerste instantie berust op jurisprudentie uit 2000 en 2002. Naar haar oordeel is het plaatsen van een discusprothese heden ten dage de experimentele fase voorbij. Zij ondersteunt dit oordeel met artikelen uit dagbladen en verwijst naar artikelen in medische tijdschriften uit 2000 en 2002. Uit deze laatst genoemde artikelen zou blijken dat de discusprothese gedurende drie jaar uitvoerig is onderzocht en dat daarna is erkend dat sprake is van een volledig veilige en erkende ingreep. Daarbij verwijst verzoekster naar het Amerikaanse FDA-rapport uit 2004 inzake de Charité discusprothese. Tevens brengt zij in dat haar behandelend medisch-specialist in Europa als specialist in wervelkolomchirurgie erkend wordt.
- 4.6. Tot slot is verzoekster de mening toegedaan dat zij, evenals iedere Nederlander, recht heeft op een optimale kwaliteit van leven, hetgeen door haar in verband wordt gebracht met de mogelijkheid om, na de onderhavige ingreep, weer volledig aan het arbeidsproces te kunnen deelnemen.
- 4.7. Verzoekster legt de commissie dan ook het verzoek voor de zorgverzekeraar het honorarium voor een gemiddelde hernia-operatie te laten vergoeden, naar de in Nederland geldende tarieven. De resterende kosten, reiskosten, verblijf ambulatorium en de hotelkosten van haar begeleider, is zij bereid voor eigen rekening te nemen. Daarbij geeft zij aan dat het haar spijt dat een dergelijk voorstel richting de zorgverzekeraar voor deze geen aanleiding is geweest tot een dialoog op reële basis.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de aanvankelijke aanvraag tot vergoeding van een percutane nucleotomie C6-7 in de Alpha Klinik in München, verzoekster medegedeeld dat deze ingreep vergoed wordt tot ten hoogste het in Nederland geldende Wtg-tarief – te weten maximaal € 3.400,00 en later gecorrigeerd naar een bedrag van € 4.814,65 – conform de voorwaarden van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft verzoekster daarnaast aangeboden gebruik te maken van een second opinion in een van de Nederlandse academische ziekenhuizen of een gecontracteerd ziekenhuis in België of Duitsland. De kosten van geneeskundige zorg in deze instellingen worden, behouden de nota's van de eigen bijdrage, door middel van een garantieformulier afgehandeld.

Voorts geeft de zorgverzekeraar aan dat de reis- en verblijfskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen nu deze niet onder de voorwaarden van de zorgverzekering vallen.

- 5.2. Eind september heeft verzoekster naar aanleiding van nieuwe medische gegevens opnieuw een aanvraag voor vergoeding van de behandelkosten in de Alpha Klinik ingediend. Ditmaal voor het plaatsen van een cervicale discusprothese. De zorgverzekeraar heeft verzoekster hierop medegedeeld dat het plaatsen van een cervicale discusprothese gezien moet worden als een experimentele therapie. Nu experimentele therapie niet ten laste van de zorgverzekering mag worden vergoed, komt de onderhavige behandeling voor rekening van verzoekster.
Bij deze afwijzing heeft de zorgverzekeraar nogmaals gewezen op het aanbod voor een second opinion in één van de Nederlandse academische ziekenhuizen of een gecontracteerd ziekenhuis in België of Duitsland.
- 5.3. De zorgverzekeraar heeft tevens zijn medisch adviseur om advies gevraagd. Deze is blijkens het verslag van 10 november 2006 de mening toegedaan dat het plaatsen van een cervicale discusprothese een methodiek is waarvoor nog steeds geldt dat er nog onvoldoende kwalitatief verantwoorde wetenschappelijke publicaties zijn, met een voldoende lange follow-up, om te kunnen oordelen dat de behandeling voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
Zijn conclusie luidt dat weliswaar een noodzaak bestond voor een operatieve ingreep aan de halswervelkolom, doch dat de daarbij toegepaste techniek in de internationale kring van beroepsgenoten als “onvoldoende beproefd en deugdelijk bevonden” wordt beschouwd. De onderhavige ingreep kan volgens de medisch adviseur dan ook niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. De zorgverzekeraar baseert het criterium “in internationale kring van beroepsgenoten (on)voldoende beproefd en deugdelijk bevonden”, ter vaststelling van het antwoord op de vraag of de onderhavige ingreep is te kwalificeren als een verzekerde prestatie, op een eerdere uitspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap, waarin dit criterium expliciet is geformuleerd. Op basis van het rapport van de eigen medisch adviseur, een rapport van het College voor zorgverzekeringen van 15 mei 2006 en jurisprudentie uit 2005 en 2006, komt de zorgverzekeraar tot de conclusie dat het plaatsen van de cervicale discusprothese door de internationale kring van beroepsgenoten tot op heden als onvoldoende beproefd en deugdelijk wordt bevonden.
6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg.

Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in de afdeling aanspraken. In artikel 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt, voor zover van belang, het volgende bepaald:

"U heeft aanspraak op:

- medisch specialistische (...) zorg;

- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts (...) of andere medisch-specialist."

Artikel 1 luidt, voor zover van belang, als volgt:

"(...)

Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener, u recht heeft op 95% van het laagste voor de betreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dat geldt voor de volgende behandelingen:

(...)

– Herniabehandelingen

(...)"

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt vervolgens in artikel 2.4 bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

Met betrekking tot het vervoer van zieken is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 25:

"U heeft aanspraak op ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komt."

- 7.3. De regeling van de artikelen 2.4, 2.5, 3 en 25 is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is vervolgens bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Uit de Memorie van toelichting op artikel 2.1 van het Bzv blijkt het hier om het gebruikelijkheidscriterium te gaan, zoals dat onder de Ziekenfondswet gold.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is vervolgens of het plaatsen van een discusprothese – in casu van het merk Mobi-C® – gegeven het gebruikelijkheidscriterium, als een verstrekking in de zin van de polisvoorwaarden te gelden heeft. Primair dient daarbij gekeken te worden aan wie de beoordeling daarvan toekomt. De tweede stap behelst de toetsing aan de artikelen 2.4 en 3 van de polis.
- 7.7. Zoals is vastgesteld, betreft het hier een naturapolis. Een kenmerk van een naturapolis is dat de zorgverzekeraar overeenkomsten sluit met zorgaanbieders teneinde zijn verzekerden in staat te stellen bij deze zorgaanbieders de verzekerde prestaties te betrekken. Uit de Memorie van toelichting bij artikel 2.1 van het Besluit blijkt dat, indien sprake is van gecontracteerde zorg, de verantwoordelijkheid voor het beantwoorden van de vraag of de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, bij de betrokken zorgaanbieder ligt.
- 7.8. In dit geval is de operatie verricht door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Artikel 12.2 van de zorgverzekering opent de mogelijkheid gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zij het dat in dat geval een gereduceerde vergoeding aan de orde kan zijn. Dit is geheel in overeenstemming met artikel 13 Zvw. In geval de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is het aan de zorgverzekeraar te beoordelen of sprake is van gebruikelijke zorg en daarmee van een verzekerde prestatie.

- 7.9. Bij deze beoordeling wordt het principe van “evidence based medicine” gebruikt. Dit is het proces van het systematisch vinden, analyseren en gebruiken van de bestaande onderzoeksbevindingen als een basis voor (klinische) beslissingen. Hierbij is van belang dat er specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval gebruikt wordt.
- 7.10. Uit de indeling van methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken en het niveau van de conclusies, zoals onder meer door het Centraal Begeleidings Orgaan, het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, gebruikt voor de ontwikkeling van haar richtlijnen, volgt dat de navolgende onderzoeksmethode de gouden standaard is voor de vaststelling van de effectiviteit van een behandeling:

Eén meta-onderzoek van de systematische reviews van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang. Voor beide geldt dat voldoende lange termijn follow-up gegevens bekend dienen te zijn.

- 7.11. De commissie beantwoordt de vraag naar de gebruikelijkheid in de (internationale) kring der beroepsgenoten aan de hand van de meest recente jurisprudentie van 13 juli 2006 alsmede eigen onderzoek. Uit eerder genoemde jurisprudentie blijkt dat nog een audit moet plaatsvinden van de klinische uitkomsten van alle patiënten die een cervicale discusprothese hebben gekregen. Voor de beantwoording van deze vraag is met name ook van belang welke discusprothese is gebruikt bij de behandeling, nu de clinical trials zich hierop richten. Ten aanzien van de onderhavige behandeling, waarbij gebruik is gemaakt van de Mobi-C® cervicale discusprothese, geldt het volgende.
- Zoekopdrachten in de meest relevante databases levert de volgende informatie op. Uit de database van het United States National Institutes of Health blijkt dat met betrekking tot de Mobi-C® cervicale discusprothese in april 2006 een clinical trial gestart is met een looptijd van vijf jaar, welke zich thans in Fase II bevindt. Voorts leveren de databases van Pubmed, van de INAHTA en van de Cochrane library geen informatie met betrekking tot de Mobi-C® cervicale discusprothese. Evenmin heeft de Mobi-C® cervicale discusprothese, waarvan de producent een bedrijfstak in Amerika heeft, tot op heden een FDA (United States Food and Drug Administration) goedkeuring, en is derhalve op het moment uitsluitend beschikbaar voor onderzoeksdoeleinden in de USA.
- 7.12. Uit deze onderzoeksgegevens concludeert de commissie dat ten tijde van de operatie waarbij de discusprothese geplaatst werd, en ook thans, géén gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang beschikbaar is. De effectiviteit van de behandeling is aldus niet wetenschappelijk vastgesteld. Het gebrek aan onderzoek doet zich ook gevoelen in de vraag naar de meerwaarde van de ingreep. Gegevens over de resultaten op de lange termijn ontbreken. De Mobi-C® cervicale discusprothese is derhalve niet gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten.
- Daarbij is de behandeling ook in de praktijk niet als algemeen geaccepteerd te beschouwen, nu deze slechts op beperkte schaal wordt toegepast. Beoordeeld naar de

stand der wetenschap en de praktijk kan derhalve niet gesteld worden dat de Mobi-C® cervicale discusprothese als een verzekerde prestatie in de zin van de polisvoorwaarden heeft te gelden.

- 7.13. Met betrekking tot het verzoek de zorgverzekeraar het honorarium voor een gemiddelde hernia-operatie te laten vergoeden naar de in Nederland geldende tarieven, merkt de commissie het volgende op. Een vergoeding van een verzekerde prestatie op basis van de aanspraak op een andere verzekerde prestatie, staat bekend als substitutie. Hiervan kan echter uitsluitend sprake zijn als de prestatie die vergoed wordt in plaats van de prestatie waar aanspraak op bestaat, ook te gelden heeft als een verzekerde prestatie die op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering in aanmerking komt. Nu, blijkens hetgeen in 7.11 en 7.12 is overwogen, de plaatsing van een Mobi-C® cervicale discusprothese geen verzekerde prestatie is, kan geen substitutie plaatsvinden.
- 7.14. Voor zover het verzoek zich richt op vergoeding van de reiskosten is de commissie de volgende mening toegedaan.
Vergoeding van kosten van vervoer van zieken kan, conform artikel 25 van de voorwaarden van de zorgverzekering, slechts dan plaatsvinden indien de zorg waarvoor het vervoer noodzakelijk is een verzekerde prestatie is. Nu de onderhavige behandeling geen verzekerde prestatie is, komen de reiskosten van verzoekster niet voor vergoeding in aanmerking.
- 7.15. De opmerkingen over de wenselijkheid van de onderhavige behandeling in het kader van de ontwikkeling op medisch-wetenschappelijk gebied die door verzoekster naar voren zijn gebracht, neemt de commissie voor kennisgeving aan, nu het niet aan de commissie is zich hierover uit te spreken.
- 7.16. Evenmin doet de commissie enige uitspraak over de beslissing vanuit de werkgroep Couulance van de zorgverzekeraar, nu deze is genomen in het kader van de beleidsvrijheid welke de zorgverzekeraar toekomt. Dit zou slechts anders kunnen zijn indien het gevoerde couulancebeleid tot een gewoonte is geworden. Zulks is hier echter niet aan de orde.
- 7.17. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 14 mei 2007,

Voorzitter