



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.,
beide te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, ectropion, autologe lipofilling
Zaaknummer : 201701988
Zittingsdatum : 13 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Gezond afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op autologe lipofilling ter verbetering van de wondgenezing na de behandeling van ectropion (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 20 december 2017 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling in deze kwestie.
- 3.4. Bij brief van 7 februari 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2018 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 10 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 201818676) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat autologe lipofilling bij ectropion van het onderste ooglid geen behandeling is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en om die reden geen verzekerde prestatie is op basis van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 mei 2018 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 juni 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld hetgeen tijdens deze hoorzitting naar voren is gekomen met zijn behandelend arts te bespreken en de commissie binnen vier weken over de uitkomst hiervan te berichten. Binnen de gestelde termijn, en ook na het versturen van een rappelbrief, heeft de commissie van verzoeker geen antwoord mogen ontvangen. Hierop heeft de commissie besloten de procedure naar de stand van dat moment voort te zetten.
-  3.11. Bij brief van 1 augustus 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 10 augustus 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker is bekend met ectropion, waardoor de ooglidrand van het oog afstaat. Als gevolg van deze aandoening heeft hij droge, branderige en bloeddorlopen ogen en het gevoel dat er continu iets in zijn ogen zit. Daarnaast ervaart verzoeker pijnklachten en leidt de aandoening soms tot zichtverlies. De aandoening heeft ook een negatieve psychische impact op verzoeker. Indien deze niet wordt verholpen kan er nog meer schade aan de ogen ontstaan, met alle gevolgen van dien.
-  4.2. De medisch specialist tot wie verzoeker zich in eerste instantie heeft gewend, wilde hem liever niet opereren en adviseerde verzoeker oogdruppels te gebruiken. Gelet op zijn klachten en de impact van de aandoening op zijn dagelijks leven, was dit voor verzoeker geen reële optie. Om die reden heeft hij zich tot een andere medisch specialist gewend, die wél bereid was een operatieve ingreep uit te voeren. Verzoeker heeft van de behandelend medisch specialist begrepen dat het een gecombineerde ingreep betreft, waarbij 1) het onderooglid door middel van een hechting beter tegen de oogbol aansluit, 2) twee draden per zijde worden gelegd, conform de Aptos techniek, ter ondersteuning en stabilisatie van het gebied zodat het onderooglid beter op de oogbol aansluit, 3) het gebied te behandelen conform de PRP-techniek voor betere wondgenezing en 4) het gebied te behandelen door middel van autologe lipofilling ten behoeve van betere wondgenezing.
-  4.3. De behandelend medisch specialist heeft ten onrechte enkel een aanvraag ingediend voor autologe lipofilling, ofwel het vierde onderdeel van de behandeling, in plaats van een aanvraag voor de

gecombineerde ingreep. Indien hij dit laatste had gedaan, zou de behandeling voor vergoeding in aanmerking zijn gekomen. De behandelend medisch specialist is evenwel niet bereid een nieuwe aanvraag in te dienen of de ziektekostenverzekeraar van nadere informatie te voorzien.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvraag ten onrechte afgewezen. Zo blijkt uit het telefoongesprek dat verzoeker op 18 januari 2018 met de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd, dat deze heeft bevestigd dat de aandoening van verzoeker klachten veroorzaakt, die niet kunnen worden verholpen door het gebruik van oogdruppels en ooggel. Verzoeker is om die reden aangewezen op een innovatieve behandeltechniek. De ziektekostenverzekeraar staat hier echter niet voor open, waardoor verzoeker aan zijn lot wordt overgelaten. Hij stelt de ziektekostenverzekeraar om die reden aansprakelijk voor alle last, schade en gevolgen die reeds zijn ontstaan en nog kunnen ontstaan door het uitblijven van de operatieve ingreep.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zelf ook een (financieel) belang bij het vergoeden van de operatieve ingreep. Immers, als de ingreep niet wordt vergoed, is verzoeker genoodzaakt zich tot andere medisch specialisten te wenden en is hij daarnaast aangewezen op medicatie, in de vorm van oogdruppels en ooggel. De kosten die met deze zorg samenhangen komen alsdan voor rekening van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende heeft onderbouwd om welke reden de behandeling met lipofilling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar heeft niet kenbaar gemaakt welke zoektermen zijn gebruikt of welke stukken zijn betrokken bij de beoordeling. Om die reden verwerpt verzoeker de uitkomst van het onderzoek dat de ziektekostenverzekeraar hiernaar heeft gedaan. Verder herhaalt verzoeker dat de voorgestelde behandeling bestaat uit vier verschillende stappen. Door de behandelend medisch specialist is enkel een aanvraag ingediend voor de laatste stap, te weten de behandeling met lipofilling. Verzoeker vraagt de commissie niet alleen het aangevraagde deel, maar de gehele behandeling te beoordelen.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van artikel B.4.5. van de zorgverzekering komt een behandeling van plastisch-chirurgische aard voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering als sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Op grond van artikel A.3.2. van de zorgverzekering geldt daarnaast dat zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komt indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet een medische indicatie voor de zorg bestaan, er moet sprake zijn van doelmatige zorg en er wordt gekeken of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn dat de zorg ook op de lange termijn veilig en effectief is bij een specifieke aandoening. Als dit bewijs ontbreekt komt de zorg niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Ten behoeve van verzoeker is een aanvraag ingediend voor autologe lipofilling ter verbetering van de wondgenezing na behandeling van ectropion. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij worden alle relevante gegevens in aanmerking genomen, waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Hiervoor wordt in internationale medisch-wetenschappelijke databases gekeken zoals MEDLINE (via Pubmed). De medisch adviseur is tot de conclusie gekomen dat ectropion doorgaans door middel van een chirurgische ingreep wordt verholpen. Voor deze ingreep hoeft geen machtiging te worden aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Het gebruik van autologe lipofilling bij deze ingreep voldoet echter niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om die reden is de onderhavige aanvraag afgewezen.

5.3. Verder bevreemdt het de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker heeft geprobeerd druk uit te oefenen op zijn zorgverlener om een aanvraag in te dienen die niet correct is. Gelukkig heeft de zorgverlener hier niet aan meegewerkt.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat mogelijk sprake is van een misverstand. De operatie van ectropion is namelijk niet afgewezen, maar wordt door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Hiervoor is ook geen aanvraag ingediend. Er is enkel een aanvraag ingediend om autologo lipofilling toe te passen en deze is afgewezen.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22.2. van de algemene voorwaarden 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 kosten van autologe lipofilling ter verbetering van de wondgenezing na de behandeling van ectropion te vergoeden, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- *afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.*
- *verminderingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)"*

8.4. In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is de inhoud en omvang van zorg waarop aanspraak bestaat nader omschreven. Dit artikel luidt, 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:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;
(...)

Toelichting:

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

- 8.5. De artikelen A.3.2. en B.4.5. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1.Rzv. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Ter zitting heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet alleen gehouden is de behandeling met autologe lipofilling te vergoeden, maar de gehele behandeling van ectropion. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat sprake lijkt te zijn van een misverstand en dat hij het gehele behandeltraject met uitzondering van de aangevraagde behandeling zal vergoeden. Gelet op deze verklaring zal de commissie zich bij de beoordeling van het geschil beperken tot de behandeling met lipofilling. Met betrekking hiertoe geldt dat de ten behoeve van verzoeker ingediende aanvraag ziet op autologe lipofilling ter verbetering van de wondgenezing na de behandeling van ectropion. In geschil is of het hier een verzekerde prestatie betreft op grond van de zorgverzekering. Mede gelet op het door de

ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet worden beoordeeld of de betreffende behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, als bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering.

- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde interventie bij de indicatie waarvoor de interventie in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse ziektekostenverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt. Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (dit staat voor: Patient, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.3. 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.
- 9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot autologe lipofilling ter verbetering van de wondgenezing na de behandeling van ectropion is door het Zorginstituut uitgevoerd en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 18 mei 2018 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 vormt onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Gelet op het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar de onderhavige aanvraag terecht afgewezen.
- 9.5. Door verzoeker is gesteld dat hij door de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar schade heeft geleden, onderscheidenlijk zal lijden, waarvoor hij de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk stelt. Voor zover deze stelling moet worden opgevat als een vordering tot schadevergoeding, merkt de commissie op dat uit het feit dat de onderhavige aanvraag terecht is

 afgewezen, tevens volgt dat de ziektekostenverzekeraar niet aansprakelijk kan worden gehouden voor eventuele schade die hier het gevolg van is.

-  9.6. Voor zover verzoeker stelt dat de aangevraagde behandeling op termijn leidt tot een kostenbesparing voor de ziektekostenverzekeraar en dat de aanvraag om die reden moet worden goedgekeurd, merkt de commissie op dat bij de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering enkel een rol speelt of de betreffende zorg onder de dekking valt, zoals omschreven in de voorwaarden. Voor substitutie van zorg, in die zin dat vanwege een kostenbesparing zorg moet worden vergoed die niet is gedekt, is in de huidige regelgeving die ten grondslag ligt aan de zorgverzekering geen mogelijkheid opgenomen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

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, 29 augustus 2018,

 G.R.J. de Groot