



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, vertegenwoordigd door mevrouw D te E, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Dordrecht

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, NoTube-behandeling, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201500558

Zittingsdatum : 28 oktober 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, artt. 56 en 57 VWEU)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door mevrouw D te E,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Dordrecht.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Optimaal 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een NoTube-behandeling ten behoeve van verzekerde, aangeboden vanuit Graz, Oostenrijk (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 november 2014 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 24 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 1 april 2015 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 8 mei 2015 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 3 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 juli 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 juli 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 augustus 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015085361) de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar een systematische review te laten uitvoeren met een onderbouwde conclusie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 augustus 2015 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd de nadere onderbouwing, zoals verwoord in het advies, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 september 2015 zijn reactie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 14 september 2015 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift hiervan is op 16 september 2015 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend kinderarts heeft ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard: *"Na het polibezoek heb ik extra informatie ingewonnen over het online ontwenningprogramma "NoTube". In de wetenschappelijke literatuur is er bewijs te vinden dat dit programma succesvol kan zijn. Zie hiervoor J Paediatr Child Health 2014, Weaning children off enteral nutrition by netcoaching versus onsite treatment: A comparative study. Marinschek S en andere auteurs. In verband met de lange wachttijd bij SeysCentra en de wens van ouders om ontwenning aan de sonde zoveel mogelijk thuis te laten plaatsvinden, steun ik het verzoek van ouders om [verzekerde] aan te melden voor "NoTube". De inschatting van de medische risico's hierbij vallen onder verantwoordelijkheid van het medisch team van het programma onder leiding van (...), kinderarts en fysiotherapeut, Graz, Oostenrijk. Bij intercurrente problemen zoals een infectie zal ik als kinderarts betrokken blijven en de noodzakelijke zorg verlenen. Tijdens het programma zal in ieder geval frequente controle plaatsvinden van het gewicht. Met de sondevoeding heeft [verzekerde] afgelopen maanden enige inhaalgroei laten zien, echter het gewicht naar lengte blijft net buiten de gewenste regionen. (...)"*
- 4.2. Verzoeker heeft advies gevraagd aan een onafhankelijk medisch adviseur. Deze heeft het volgende verklaard: *"De verzekeraar Promovendum blijkt uit te gaan van Evidence Based Medicine principes. Daarom heb ik de recente literatuur nagezocht naar publicaties over de ontwenning van sondevoeding buiten de kliniek versus in de klinische situatie. Een recente publicatie uit 2015 van het VUMC (1) wijst echter op een beter effect in de klinische situatie dan in de thuissituatie. Het ging hierbij om 22 kinderen verdeeld over 2 groepen van elf. De auteurs van de Graz netcoaching methode (in de thuissituatie) kwamen tot een succespercentage van 90,5 terwijl hun controlegroep (klinische behandeling) een succes van 81,3% boekte (literatuur 2). De vergeleken groepen waren echter niet even groot: de klinische groep was met 209 kinderen fors groter dan de netcoaching groep van 169 kinderen. Verder blijkt het Amsterdamse onderzoek prospectief te zijn geweest terwijl de Oostenrijkse studie een retrospectief onderzoek betreft. In artikel 4 wordt het succes van klinische behandeling bij de overgang naar orale voeding benadrukt. Echter, een deel van de behandeling geschiedde poliklinisch. De beschrijving van de Oostenrijkse netcoaching methode wijst echter op een veel intensievere begeleiding (2 cyber bezoeken per dag) dan een poliklinische behandeling. Bij een actieve en daadkrachtige opstelling van de ouders kan daarom bij de netcoaching methode een beter succes worden verwacht zoals in het geval van [verzekerde], de dochter van verzekerden ook wel gebleken is. (...) Er zijn reële aanwijzingen voor de meerwaarde van de netcoaching methode uit Graz ten opzichte van de klinische sondeontwenningmethode. Zowel de gebleken effectiviteit als de lagere kosten vormen een ondersteuning voor het verzoek om vergoeding van die behandeling. (...)"*

- 
- 4.3. Verzekerde is bekend met palatoschisis en omphalocèle, en is aangewezen op sondevoeding. Om van de sondevoeding af te komen, is zij via netcoaching behandeld door NoTube LLC. De behandeling houdt in dat de ouders verzekerde in de huiselijke omgeving voor de lange termijn kunnen leren op een normale wijze te eten. Zij krijgen hiervoor via internet begeleiding van NoTube LLC, dat beschikt over een multi-disciplinair team met jarenlange ervaring. Van de behandeling is wetenschappelijk aangetoond dat deze succesvol is om een kind aan het eten te krijgen. Het programma is ontwikkeld in een universitair medisch centrum en biedt een therapievorm die thuis, in de eigen vertrouwde omgeving, kan worden gevolgd.
- 
- 4.4. De behandeling kost circa € 3.600,--. De kosten voor voeding, spuitjes en andere materialen voor de sondevoeding lopen al gauw op tot € 10.000,--. Andere zorgverzekeraars zijn wel overgegaan tot vergoeding.
- 
- 4.5. Verzoeker voert verder aan dat de ziektekostenverzekeraar wel andere vormen van zorg vergoedt die niet wetenschappelijk zijn onderbouwd. Voorbeelden hiervan zijn alternatieve geneeswijzen en haptotherapie. De ziektekostenverzekeraar dient na te gaan of een behandeling werkt, of deze de kosten waard is, en wat de behandeling oplevert. De NoTube-behandeling heeft een slagingspercentage van 92 procent.
- 
- 4.6. De door verzoekster ingeschakelde onafhankelijk medisch adviseur heeft naar aanleiding van het nader onderzoek van de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"(...) De door [de ziektekostenverzekeraar] aangehaalde literatuur heb ik via dezelfde search (zoekactie) nagezien (62 resultaten). Tevens heb ik de search met zoektermen "tube" en "hunger provocation" verricht (4 resultaten). De meest recente literatuur betreft een retrospectief dwarsdoorsnede - onderzoek van 31 juli 2015 van de Universiteit van Graz, Oostenrijk. Er zijn inderdaad geen valide RCT-onderzoeken zodat aan de door [de ziektekostenverzekeraar] en het Zorginstituut genoemde strenge beoordelingscriteria niet wordt voldaan."*
- 
- 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. Een voorwaarde voor vergoeding van een bepaalde behandeling is dat er voldoende bewijs moet zijn voor het effect hiervan op de lange termijn. Het Zorginstituut heeft nog geen standpunt ingenomen over deze behandeling. Daarom heeft de medisch adviseur zelf een onderzoek gedaan. Hieruit is gebleken dat niet voldoende is bewezen dat de NoTube-behandeling voldoende effect heeft bij de behandeling van eetstoornissen. Deze behandeling voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 
- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard dat de door de medisch adviseur van verzoeker genoemde "aanwijzingen voor reële meerwaarde" weliswaar aanwezig zijn, maar dat deze onvoldoende zijn om de NoTube-behandeling te kunnen rekenen tot zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Voor het ontwennen van een tube bij voedingsproblemen met kinderen bestaat geen eenduidigheid ten aanzien van de behandeling, en de NoTube-behandeling is niet aan te merken als "best practice".
- 
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
- 
- 
- 

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekerder 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 ziektekostenverzekerder gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is.

Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"

- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt:

"U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

- 
- 8.6. De artikelen 1.2, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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 en diensten.
- 
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 
- 8.9. Artikel 57 van het Verdrag inzake de werking van de Europese Unie (VWEU) bepaalt dat als diensten worden beschouwd de dienstverrichtingen welke gewoonlijk tegen vergoeding geschieden. Artikel 56 VWEU bevat een verbod op beperking van het vrije verkeer van diensten.
- 
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 
- 9.1. Verzekerde heeft - via internet - zorg gekregen tijdens verblijf in haar woonland Nederland, door een zorgaanbieder uit Oostenrijk, die zich ten tijde van de behandelingen aldaar bevond. Uit de verklaring van de behandelend kinderarts blijkt dat de behandeling plaatsvond onder verantwoordelijkheid van de buitenlandse zorgaanbieder. In die zin is sprake van grensoverschrijdende zorg. Artikel 9 van de zorgverzekering ziet op zorg in het buitenland. Daarbij betreft het onder andere zorg die noodzakelijk is bij wonen of tijdelijk verblijf in een andere EU/ EER-lidstaat. In het onderhavige geval is dit niet aan de orde zodat artikel 9 en de hierin genoemde Verordening (883/2004) buiten toepassing blijven. Vanwege het verbod op beperking van het vrije verkeer van diensten binnen de EU betekent dit niet dat zonder meer geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling. Alvorens aan de vraag naar de hoogte van de vergoeding toe te komen, zal echter eerst moeten worden bepaald of sprake is van verzekerde zorg onder de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de NoTube-behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de zorgverzekering.
- 
- 9.3. 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.

- 9.4. 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 beroepsgeenoten.

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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de NoTube-behandeling is door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerd, met als conclusie dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Verzoeker heeft een verklaring overgelegd van de door hem ingeschakelde onafhankelijk medisch adviseur, die deze conclusie van de ziektekostenverzekeraar onderschrijft, waarmee voldoende is komen vast te staan dat de conclusie van de ziektekostenverzekeraar juist is.

Aangezien geen sprake is van verzekerde zorg, bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Om die reden kan niet worden gesproken van een beperking van het vrije verkeer van diensten als bedoeld in artikel 56 VWEU zodat aan de vraag naar de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar op grond van de zorgverzekering te verlenen vergoeding niet toegekomen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Vergoeding door andere zorgverzekeraars

- 9.7. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de



regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van (een) andere zorgverzekeraar(s), kan hem dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.



Kostenbesparing in de toekomst

- 
- 9.8. Een verzoek tot vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel worden toegewezen indien de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is. Dit laatste betekent dat noch bij de beslissing op het verzoek door de ziektekostenverzekeraar noch bij de beoordeling in geschil van die beslissing, enige ruimte is voor de vraag of de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert.



Conclusie

- 
- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 28 oktober 2015,



A.I.M. van Mierlo







