



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, GGZ, repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS),  
stand van de wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201600774  
Zittingsdatum : 5 juli 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo.nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (hierna: rTMS) bij depressie, uit te voeren te Gent, België (verder: de aanspraak). Bij brief van 3 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 en 21 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 15 augustus 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 november 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 27 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 juli 2017 telefonisch gehoord.
- 3.10. Bij brief van 3 juli 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016133143) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen indien verzoeker naar inhoud en omvang nog steeds redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling.  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 juli 2017 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker heeft de commissie desgevraagd bij brief van 21 augustus 2017 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt en aanvullende informatie gezonden. De commissie heeft de procedure hierop aangehouden voor onbepaalde tijd. Aan de zorgverzekeraar is een afschrift van voormelde brief van verzoeker gezonden, en partijen zijn in kennis gesteld van de aanhouding van de procedure.
- 3.12. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 30 oktober 2017 de planning ter zake van de behandeling gezonden.
- 3.13. Bij brief van 2 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of een en ander aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 november 2017 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut ziet geen grond het voorlopig advies te herzien. Uit de aanvullende stukken is niet gebleken dat een nieuwe beoordeling door de zorgverzekeraar heeft plaatsgevonden. Het Zorginstituut stelt dat indien verzoeker van mening is dat sprake is van een medische noodzaak voor een rTMS-behandeling, hij een nieuwe aanvraag voor de behandeling moet indienen. De zorgverzekeraar zal die aanvraag dan moeten beoordelen.  
Een afschrift van dit advies is op 16 november 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Beide partijen hebben de commissie verzocht om uitstel. Dit uitstel is hen ook verleend. Partijen hebben vervolgens geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts heeft ten behoeve van verzoeker bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor rTMS. De arts heeft de volgende diagnose gesteld: "1. depressieve episode, recidief, 2. dysthyme stoornis, 3. paresthesiën," en heeft als behandeling voorgesteld: "1. medicamenteuze behandeling, 2. planning rTMS (transcraniële magnetische stimulatie) gezien vroegere gunstige ECT-behandeling."
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat de aangevraagde behandeling niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker bestrijdt dit. Volgens hem wordt rTMS in veel landen, waaronder België en de Verenigde Staten, toegepast en wordt deze behandeling geaccepteerd als zijnde 'evidenced based'. Ook het wetenschappelijk orgaan van de vakgroep psychiatrie van het UZGent ondersteunt deze visie. Daarnaast heeft de Gezondheidsraad in 2015 een positief advies uitgebracht ten aanzien van rTMS. Als de redenering van de zorgverzekeraar zou worden gevolgd, zou dit volgens verzoeker betekenen dat de Belgische zorgautoriteit, de FDA en de zorgverleners in de betreffende landen "maar lukraak iets doen" en experimenteren op patiënten. Dit vindt verzoeker uiterst ongeloofwaardig.


De zorgverzekeraar beroept zich op een advies van het Zorginstituut (toen nog het College voor Zorgverzekeringen geheten) van juni 2011. Dit advies is dus inmiddels vijf jaar oud. Hiermee spreekt de zorgverzekeraar zich impliciet tegen, aangezien hiermee niet kan worden gesteld dat het advies de huidige stand van de wetenschap en praktijk betreft.


- 4.3. In reactie op de door de zorgverzekeraar aangedragen publicaties over rTMS uit PubMed merkt verzoeker op dat in geen van deze publicaties het positieve effect van rTMS wordt weerlegd. In vier publicaties wordt zelfs gesteld dat de behandeling een positief effect heeft. Twee publicaties zijn niet relevant voor de onderhavige vraagstelling. Verzoeker verwijst naar de metastudie publicatie in Clinical Neurophysiology: 'Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation 2014'. Het abstract begint met: *"a group of European experts was commissioned to establish guidelines on the therapeutic use of rTMS from evidence published up until March 2014."* Verzoeker merkt op dat één van de conclusies in het abstract luidt dat HF-rTMS van de linker dorsolaterale prefrontale cortex (DLPFC) een level A (definite efficacy) heeft. Verzoeker concludeert dat derhalve medio 2014 al door een internationaal team van experts het effect van rTMS bewezen werd geacht. De lijst van deze experts, waar zij vandaan komen en wat zij doen, spreekt voor zich, aldus verzoeker. De auteurs maken een voorbehoud dat nog niet helder is welk behandelprotocol het beste resultaat geeft. Inmiddels zijn twee jaren verstreken en zijn deze protocollen uitgekristalliseerd.
- 4.4. Verzoeker merkt op dat zijn depressie in de praktijk bewezen 'medicatie therapie resistent' is. In 2006 heeft hij met zeer goed resultaat een Electro Convulsie Therapie behandelcyclus (hierna: ECT) doorlopen. Hij kan nu opnieuw een ECT-behandeling ondergaan, maar deze behandeling is zeer ingrijpend. De behandeling wordt onder narcose uitgevoerd en geeft veel bij- en nawerkingen. De behandeling met rTMS biedt een zelfde therapie, maar zonder genoemde nadelen. Daarnaast is rTMS veel goedkoper dan ECT.
- 4.5. Verzoeker stelt verder dat het argument van de zorgverzekeraar ten aanzien van de stand van de wetenschap en praktijk geen stand kan houden, omdat tal van alternatieve behandelingen wél worden vergoed, terwijl hier elke vorm van wetenschappelijke onderbouwing en bewijs van effectiviteit ontbreken.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling nog niet heeft plaatsgevonden, en dat sprake is van een cognitieve behandeling. Afgesproken is dat hij hiervan nog bewijs zal aanleveren.
- 4.7. Nadien is door verzoeker het volgende verklaard. De eerste depressieve periode was in 1995, gevolgd door een tweede in 2002. Tot 2006 was sprake van aanhoudende dysthymie en is een scala aan behandelingen en medicatie geprobeerd. In 2006 brak een derde depressieve periode door en is verzoeker tweemaal opgenomen op de PAAZ. Gezien het niet reageren op behandelingen in de periode van 2002 tot 2006 is toen besloten tot toepassing van electro convulsie therapie (ECT). De ECT-behandeling heeft een bijzonder goed resultaat gehad. Verzoeker is tussen 2006 en 2015 nagenoeg klachtenvrij geweest. In 2015 ontstonden opnieuw klachten die een voor verzoeker bekend 'golfpatroon' vertonen: afwisseling van slechte en goede periodes, waarbij de duur en de diepte van de slechte periodes toenemen. Dit proces zet zich tot de dag van vandaag voort. De behandelaar van verzoeker heeft in 2016 geadviseerd om, gezien het goede resultaat van de ECT-behandeling, uit preventief oogpunt een rTMS behandeling uit te voeren voordat verzoeker zou afglijden naar een fulminante depressieve periode. Additionele CGT is mogelijk. Omdat de rTMS behandeling gedurende een aantal weken dagelijks wordt uitgevoerd, is Gent voor verzoeker qua afstand het meest praktisch. De behandelaar in Gent heeft inmiddels een behandelplan en een planning in tijd (inclusief CGT-sessies) opgesteld. Gedurende vier opeenvolgende dagen worden vijf behandelingsessies per dag uitgevoerd. Aansluitend aan elke behandelingsdag volgt een CGT-sessie.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. De van toepassing zijnde regelgeving betreft artikel 10, sub a en g, Zvw, de artikelen 2.1, 2.4, 2.5 en 2.10 Bzv en artikel 2.1 Rzv.


De omvang van de medisch specialistische zorg wordt bepaald door twee elementen. Ten eerste moet het gaan om zorg die medisch specialisten plegen te bieden en ten tweede moet het zorg betreffen die conform de stand van de wetenschap en praktijk is dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, zorg die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoord en adequaat.


 Een verzekerde heeft aanspraak op de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv en in de polisvoorwaarden.

 Bij de beoordeling of een behandeling bij een bepaalde indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk moeten alle relevante gegevens in aanmerking worden genomen, waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten.

 5.2. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van rTMS in het UZ Gent. Er is sprake van planbare zorg. Beoordeeld dient te worden of genoemde behandeling bij depressie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het Zorginstituut heeft indertijd geconcludeerd dat rTMS bij depressie niet aan voornoemd criterium voldoet. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft op PubMed gezocht naar sindsdien verschenen publicaties, waarbij als zoekterm 'rTMS' is gebruikt. Alle recente publicaties vermelden nog steeds dat meer onderzoek nodig is om te bepalen of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverzekeraar heeft verzoeker afschriften gestuurd van de betreffende publicaties.


 De zorgverzekeraar concludeert dat rTMS bij depressie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee niet behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. De kosten van deze behandeling komen om die reden niet voor vergoeding in aanmerking.

 5.3. De zorgverzekeraar heeft ervoor gekozen geen vergoeding op basis van coulance aan verzoeker te verlenen.


 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar geen verdere toelichting gegeven.

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


 6. De bevoegdheid van de commissie


 6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op rTMS bij depressie, uit te voeren te Gent, ten laste van de zorgverzekering.

 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak

op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 15 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Heeft u een niet-complexe psychische stoornis? Dan heeft u aanspraak op Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).*

*(...)*

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.*

*(...)"*

- 8.4. Artikel 16 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan heeft u aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.*

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ontvangt u zorg in een GGZ-instelling? Dan moet uw behandeling plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een GZ-psycholoog of verslavingsarts in een MDO-constructie).*

*(...)"*

- 8.5. In artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de inhoud en omvang van de zorg omschreven. Dit artikel luidt:

*"Uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt daarnaast naar inhoud en omvang 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."*

- 8.6. De artikelen 15 en 16 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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.

Geneeskundige zorg, waaronder ook geneeskundige geestelijke gezondheidszorg valt, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of 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 zorgverzekeraar niet vrij



een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Verzoeker wenst de onderhavige zorg te verkrijgen in een andere EU-lidstaat, te weten België. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat volgens hem noch op grond van de verordening noch krachtens de zorgverzekering aanspraak bestaat op de aangevraagde zorg. De commissie overweegt als volgt.

9.2. De eerste vraag die ter beantwoording voorligt is of de door verzoeker aangevraagde behandeling (rTMS bij depressie) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. 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.

- 9.4. 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.
- 9.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 3 juni 2017 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat rTMS bij depressie, zoals door verzoeker is aangevraagd, ten tijde van de aanvraag niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie was op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening verzoeker terecht werd onthouden en dat ook op basis van de zorgverzekering geen recht op vergoeding van de hiermee samenhangende kosten bestond. De commissie merkt hierbij, wellicht ten overvloede, op dat in de onderhavige procedure sprake is van een beoordeling ex tunc. Dit betekent dat in deze procedure het moment van aanvraag van de behandeling bepalend is voor de aanspraak. Dat de inzichten sindsdien zijn veranderd, en dat de behandeling thans wèl tot het verzekerde pakket behoort, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Verzoeker kan een nieuwe aanvraag indienen bij de zorgverzekeraar, onder verwijzing naar het advies van het Zorginstituut van 3 juni 2017, waarna de zorgverzekeraar zal beoordelen of verzoeker aan de andere voorwaarden - onder andere met betrekking tot de indicatie - voldoet.
- 9.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat het argument van de zorgverzekeraar ten aanzien van de stand van de wetenschap en praktijk geen stand kan houden, omdat tal van alternatieve behandelingen wèl worden vergoed. Verzoeker heeft hierbij niet gespecificeerd welke behandelingen hij bedoelt. Voor zover verzoeker hiermee doelt op alternatieve geneeswijzen, constateert de commissie dat deze niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Het argument van verzoeker treft reeds daarom geen doel. Dat in bepaalde aanvullende verzekeringen wèl dekking wordt geboden voor alternatieve geneeswijzen maakt het voorgaande niet anders. Dit hangt samen met het feit dat - anders dan bij de zorgverzekering - een ziektekostenverzekeraar de dekking van de aanvullende verzekeringen zelf mag bepalen.

### Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dat ziet op de aanvragen in 2015 en 2016 dient te worden afgewezen.





10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 januari 2018,



A.I.M. van Mierlo

