



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Medisch specialistische zorg, PTED-behandeling, stand van de wetenschap en praktijk, voorwaardelijke toelating, telefonische toezegging
Zaaknummer : 201700464
Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 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). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een bij haar uitgevoerde percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 november 2016 en 22 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 7 september 2017 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 november 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 5 januari 2018 en 6 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 9 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017054213) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de PTED niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde zorg is. Wel kan een patiënt met de indicatie lumbosacraal radiculair syndroom en/of lumbale hernia sinds 1 januari 2016 in aanmerking komen voor een PTED. Voorwaarde is dat de patiënt moet deelnemen aan een onderzoek naar de (kosten)effectiviteit. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden in een daarvoor aangewezen instelling en moet de patiënt voor deze behandeling worden ingeloot. Niet is gebleken dat verzoekster is ingeloot voor de PTED. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 telefonisch gehoord en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen welke informatie het Park Medisch Centrum heeft gegeven aan verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 februari 2018 de gevraagde informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 22 februari 2018 heeft verzoekster op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 27 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 maart 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 22 augustus 2016 telefonisch contact gehad met een bij naam genoemde medewerkster van de afdeling Zorgadvies van de ziektekostenverzekeraar. Dit omdat verzoekster een aantal vragen had betreffende de vergoeding van een bij haar geplande PTED in het Park Medisch Centrum. De vragen die verzoekster onder andere heeft gesteld, zijn of het Park Medisch Centrum de behandeling mag toepassen en of de betreffende ingreep door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed. De medewerkster heeft in antwoord hierop gezegd dat het Park Medisch Centrum de behandeling mag uitvoeren en dat de kosten van de ingreep worden vergoed.
- 4.2. Naar aanleiding van de mededeling van de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 6 september 2016 op advies van de behandelend chirurg de geplande behandeling ondergaan. De kosten van de betreffende ingreep ten bedrage van totaal € 6.500,-- heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. In reactie op de declaratie ontving verzoekster tot haar grote verbazing van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat de kosten

niet worden vergoed. Vervolgens heeft verzoekster verschillende (aangetekende) brieven naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd met de vraag om opheldering, maar op veel brieven is nooit een reactie gekomen. Ook weigert de ziektekostenverzekeraar opnamen over te leggen van het betreffende telefoongesprek.

4.3. Verzoekster vindt het voorts opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar zowel de nota van de PTED als die van het consult afwijst. De kosten van het consult waren immers ook gemaakt indien verzoekster op een andere wijze was behandeld. Voorts meent verzoekster dat de resultaten van de bij haar uitgevoerde ingreep dienen mee te tellen voor het onderzoek. De PTED heeft in haar geval een enorme verbetering opgeleverd.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Ter aanvulling is door haar aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat door Park Medisch Centrum een informatiepakket wordt verstrekt. Een dergelijk pakket heeft verzoekster nimmer ontvangen.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De aangevraagde ingreep, waarbij wordt geopereerd door middel van de PTED-techniek, is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft hiernaar onderzoek gedaan, en is tot de conclusie gekomen dat er nog onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van deze behandeling is.

5.2. Met ingang van 1 januari 2016 is de PTED voor de duur van vier jaren voorwaardelijk toegelaten tot het verzekerde pakket van de zorgverzekering. Daarbij gelden strikte voorwaarden. Één van de voorwaarden is dat de ingreep wordt uitgevoerd in een zorginstelling die meedoet aan het wetenschappelijk onderzoek. De zorginstelling waar verzoekster de PTED heeft laten uitvoeren is zo'n instelling. Daarnaast geldt als voorwaarde dat verzekerde dient deel te nemen aan hetzij het hoofdonderzoek hetzij een aanvullend observationeel onderzoek (nevenonderzoek). Gebleken is dat verzoekster hier niet aan heeft meegewerkt. Daarbij komt dat het aan de meewerkende instellingen is om te beoordelen of iemand in aanmerking komt voor deelname aan onderzoek. Afsproken is dat de deelnemende zorginstelling voorafgaand aan de ingreep de betrokken patiënt informeert. De ziektekostenverzekeraar heeft bij het Park Medisch Centrum navraag gedaan en hierbij is gebleken dat verzoekster tijdig is geïnformeerd dat zij niet in aanmerking komt voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek. Gelet op deze verklaring is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

5.3. Verzoekster stelt dat haar op 22 augustus 2016 door een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar telefonisch is toegezegd dat de kosten van een PTED, uitgevoerd in het Park Medisch Centrum, volledig worden vergoed. In reactie op deze stelling voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij van het betreffende gesprek de volgende notitie heeft gemaakt:

"Vraag: PTED behandeling in Park Medisch Centrum, twijfel over vergoeding

Antwoord: PTED is voorwaardelijk toegelaten. PMC is hiervoor aangewezen en zou duidelijkheid moeten verstrekken"

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende medewerkster gevraagd te reageren en zij heeft de volgende - aanvullende - verklaring afgelegd:

"Ik heb mevrouw in augustus gesproken hierover. PTED is voorwaardelijk toegelaten en ziekenhuizen bepalen wie hiervoor in aanmerking komen. PMC is hiervoor een aangewezen ziekenhuis. Dit is wat ik ook aangegeven heb. Tevens moet het ziekenhuis beoordelen wie ervoor in aanmerking komt; we kunnen hierover niets zeggen. Dit heb ik ook aangegeven. Ik heb naar het Park Medisch Centrum verwezen omdat ze hier duidelijkheid over moeten verstrekken wie hiervoor in aanmerking komt. Zie tevens op <http://pted-studie.nl/laatste-nieuws-pted-studie> "

Gelet op de gemaakte telefoonnotitie en de verklaring van de betreffende medewerkster is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij verzoekster correct en volledig heeft geïnformeerd en dat geen toezegging is gedaan over een eventuele vergoeding.

5.4. Voor zover verzoekster de ziektekostenverzekeraar vraagt enkel de kosten van het consult te betalen, geldt dat op de nota van 6 september 2016 zowel de kosten voor het consult als voor de PTED staan vermeld. Hieruit volgt dat het consult deel uitmaakt van de PTED-behandeling. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het Park Medisch Centrum de gemaakte kosten ter zake van het consult niet conform de tariefbeschikking DOT TB/CU-2066-01 van de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gedeclareerd zodat deze ook om die reden niet voor vergoeding in aanmerking komen. Daar komt bij dat verzoekster op de betreffende nota heeft vermeld dat zij het bedrag op 2 september 2016, derhalve voorafgaand aan het consult én de ingreep, heeft voldaan.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat een PTED alleen onder bepaalde voorwaarden kan worden vergoed, namelijk als wordt meegewerkt aan een onderzoek. Vast staat dat verzoekster niet aan een dergelijk onderzoek heeft meegewerkt zodat zij geen aanspraak kan maken op vergoeding. Omdat de consulten niet los in rekening mogen worden gebracht komen deze eveneens niet voor vergoeding in aanmerking.

5.6. Bij brief van 18 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard reeds in een eerder stadium contact te hebben opgenomen met het Park Medisch Centrum. Een medewerker van de kliniek heeft te kennen gegeven dat alle verzekerden tijdig en volledig worden geïnformeerd. Aan verzoekster is tevens medegedeeld dat zij vanwege haar leeftijd en medische voorgeschiedenis niet in aanmerking kwam voor deelname in studieverband.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van 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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 31 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Medisch specialistische zorg

(...)

Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*

(...)

Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- *De vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating', (...)."*

8.4. Op pagina 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap' en dan geldt dat die zorg verzekerd is die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.5. Op pagina 48 van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

"Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement en op de website www.menzis.nl."

8.6. Het bepaalde op de pagina's 7, 31 en 48 van de zorgverzekering is volgens het bepaalde op pagina 7 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

De voorwaardelijke toelating van zorg is uitgewerkt in artikel 2.2 Rzv. Dit artikel bepaalt dat de zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv, tevens een aantal aangewezen behandelingen omvat voor zover de verzekerde deelneemt aan een onderzoek als bedoeld in het tweede lid van dit artikel. In het eerste lid, onder j, van laatstgenoemd artikel is bepaald dat de behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met PTED van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 eveneens behoort tot de zorg bedoeld in artikel 2.4 Bzv, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.

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 en, 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de PTED voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld op pagina 7 van de voorwaarden 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 (Population / Patient / Problem, 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 de PTED is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 9 januari 2018 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg (nog) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.5. Op basis van het bepaalde op bladzijde 48 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat tevens aanspraak op zorg die (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, althans indien deze zorg voorwaardelijk is toegelaten tot het verzekerde pakket. De PTED is opgenomen in artikel 2.2, eerste lid, onder j, Rzv, en op die grond bestaat vanaf 1 januari 2016 aanspraak op de betreffende zorg indien wordt deelgenomen aan het onderzoek dat is genoemd in dit artikel. Verzoekster heeft de PTED laten uitvoeren in een zorginstelling die meedoet aan het wetenschappelijk onderzoek. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, dat de zorginstelling bepaalt of iemand in aanmerking komt voor deelname aan het onderzoek en dat verzoekster hiervan was uitgesloten, blijkbaar vanwege haar leeftijd en medische voorgeschiedenis. De zorginstelling zou verzoekster over het onderzoek en het feit dat zij hiervan was uitgesloten hebben geïnformeerd. Naar het oordeel van de commissie staat hiermee vast dat de kosten van de PTED niet kunnen worden vergoed op basis van de passage op bladzijde 48 van de voorwaarden van de zorgverzekering en was verzoekster hiervan ook op de hoogte. Dit laatste valt tevens af te leiden uit het feit dat haar door de zorginstelling is verzocht vooraf te betalen. Voor zover verzoekster stelt dat zij toch in het onderzoek moet worden geïncorporeerd, geldt dat die bevoegdheid bij de zorginstelling ligt en dat de commissie hierin niet kan treden.
- 9.6. Ten aanzien van het verzoek te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is enkel de kosten van het consult ten bedrage van € 476,-- te vergoeden, geldt dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat het consult deel uitmaakt van de PTED. Tevens is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de kosten van het consult niet volgens de geldende regels van de NZa in rekening zijn gebracht. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn stellingen en constateert dat op de nota bijvoorbeeld geen DOT-code is vermeld. Om die reden stond het de ziektekostenverzekeraar, op grond van het bepaalde op bladzijde 78 van de zorgverzekering, vrij de betreffende kosten af te wijzen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Telefonische toezegging

- 9.8. Verzoekster heeft gesteld dat haar door een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat de kosten van de onderhavige PTED worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist en gesteld dat geen telefonische toezegging is geregistreerd. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.9. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat verzoekster op 22 augustus 2016 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft een registratie van dit contact overgelegd. Uit de betreffende contactregistratie kan niet worden afgeleid dat aan verzoekster is toegezegd dat de PTED wordt vergoed. Dit klemt te meer nu hiervoor is vastgesteld dat verzoekster door de zorginstelling is geïnformeerd over de voorwaarden van het onderzoek en over het feit dat zij hieraan niet kon deelnemen. De commissie concludeert dat verzoekster in de procedure niet erin is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de


 ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden en de met de zorginstelling gemaakte afspraken, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Dat door de ziektekostenverzekeraar geen opnamen van het betreffende gesprek zijn overgelegd, maakt het voorgaande niet anders. Het is immers aan verzoekster aannemelijk te maken dat haar op 22 augustus 2016 bepaalde toezeggingen zijn gedaan en hierin is zij, als gezegd, niet geslaagd.

 **Conclusie**

9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 21 maart 2018,

 P.J.J. Vonk