

Stand van de wetenschap en praktijk verschillend beoordeeld

Rechtsbescherming Geschillencommissie Zorgverzekeringen een wassen neus

André den Exter¹

In het kader van de Zorgverzekeringswet kiezen advocaten bij geschillen over de verzekerde prestaties niet zoals voorgeschreven voor het bindend advies maar voor de gang naar de civiele rechter. De vraag is waarom? Het bindend karakter van het advies zal een rol spelen maar onderzoek van verschillende uitspraken van zowel de Geschillencommissie als de burgerlijke rechter leert dat de toetsingsnorm 'de stand van de wetenschap en praktijk', verschillend wordt uitgelegd, met alle consequenties van dien. Deze bijdrage bespreekt het verschil in interpretatie en de consequenties voor de verzekerde.

1. Inleiding

De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 was een belangrijke stap in de herziening van het Nederlandse zorgverzekeringsrecht, gevolgd door de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz), en de herziene Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015). Maar anders dan de Wlz en de Wmo 2015, heeft de Zvw een privaatrechtelijk karakter. De zorgverzekeringsovereenkomst wordt gekenmerkt als een schadeverzekering bedoeld om vermogensschade te vergoeden (artikel 7:944 BW). Toch vinden we in de Zvw enkele publiekrechtelijke elementen die het adagium van contracteervrijheid doorbreken, waaronder de verzekeringsplicht van ingezetenen (artikel 2 Zvw), de acceptatieplicht van potentiële verzekerden door zorgverzekeraars (artikel 3 Zvw), en de van overheidswege vaststelling van de inhoud en omvang van de verzekerde risico's en prestaties (artikel 10 en 11 Zvw, en het Besluit zorgverzekering). Daarentegen volgt de rechtsbescherming, anders dan publiekrechtelijke zorgverzekeringen, wel de privaatrechtelijke route van geschilbeslechting. Artikel 114 Zvw schrijft namelijk voor dat de verzekerde, in geval van een geschil over de inhoud of vergoeding van de zorgverzekering, de kwestie *kan* voorleggen aan een onafhankelijke instantie, zijnde de Geschillencommissie die onderdeel uitmaakt van de Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen (SKGZ). De uitspraak van de geschillencommissie is als bindend advies aan te merken.² Alternatieve geschilbeslechting is daarmee de norm, maar uiteraard staat het de verzekerde vrij naar de civiele rechter te stappen, waarover later meer.

Met de invoering van de 'artikel 114 Zvw-route' beoogde de wetgever destijds een laagdrempelige vorm van geschilbeslechting in te voeren, om daarmee de nadelen verbonden aan burgerlijke rechtsbescherming (lange termijnen en hoge proceskosten) te ondervangen, alsook de rechterlijke macht te ontzien.³ Met een relatief laag entreegeld van € 37 en een toenemend aantal afgehandelde uitspraken op jaarbasis, lijkt de Geschillencommissie Zorgverzekeringen inmiddels haar bestaansrecht te heb-

Auteur

1. Mr. dr. A.P. den Exter is assistent professor Law & Health Care aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam.

Noten

2. Tenzij de consument vooraf kenbaar heeft gemaakt prijs te stellen op een niet-bindend advies, zie art. 13 Reglement van

de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (2015) Internet 2015, www.skgz.nl. Met een zeer beperkte toetsing door de rechter, zie art. 7:904 BW.

3. Parlementaire behandeling, *Kamerstukken II 2003/04, 29763, 3*, rechtsbescherming, p. 45 (MvT).



ben bevestigd.⁴ Desondanks kiezen advocaten bij geschillen over de verzekerde prestaties niet voor het bindend advies maar voor de gang naar de civiele rechter. De vraag is waarom? Dat heeft alles te maken met het definitieve karakter van het bindend advies,⁵ maar er speelt meer. Nader onderzoek van verschillende uitspraken van zowel de Geschillencommissie als de burgerlijke rechter leert dat de toetsingsnorm 'de stand van de wetenschap en praktijk', verschillend wordt uitgelegd, met alle consequenties van dien.

2. De stand van de wetenschap en praktijk

Het zorgpakket waarop de verzekerde aanspraak kan maken omvat de verzekerde risico's (geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging, verblijf en vervoer) die vertaald worden als verzekerde prestaties (artikel 11 Zvw) en nader uitgewerkt zijn in het Besluit zorgverzekering (artikel 2.4-2.15 Bzv) en de Regeling zorgverzekering. Daarbij geldt dat de inhoud en omvang van zorg 'mede bepaald [wordt] door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten' (artikel 2.1. lid 2 Bzv). De stand der wetenschap en praktijk vormt de nieuwe vertaling van wat voorheen gold als 'het gebruikelijkheidscriterium' onder de voormalige Ziekenfondswet. Volgens vaste jurisprudentie werd gebruikelijke zorg afgemeten aan de houding in de internationale kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening.⁶ Daarnaast worden de inhoud en omvang van zorgvormen mede bepaald door wat (para)medici 'plegen te bieden' (artikelen 2.4-2.15 Bzv). Aangezien de zorg die (para)medici feitelijk bieden overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk, komt de uitdrukking 'plegen te bieden' geen zelfstandige betekenis toe.⁷

Of een bepaalde behandeling voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk is aan de zorgprofessionals, wetenschappelijke en beroepsverenigingen van zorgverleners, maar ook het Zorginstituut Nederland (hierna Zorginstituut of ZiN) speelt hierin een belangrijke rol. Het

Zorginstituut heeft onder meer als taak 'een eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekerde prestaties te bevorderen' (artikel 64 lid 1). Deze taak wordt onder meer ingevuld door het verstrekken van adviezen, al dan niet in het kader van een geschil bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Het betreft een gezaghebbend oordeel van een deskundige dat veelal wordt gevolgd. Met deze uitleg van verzekerde prestaties worden de grenzen van het verzekerde pakket bepaald.⁸

Of een behandeling voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk, en dus binnen het verzekerde pakket valt, bepaalt het Zorginstituut aan de hand van wat wordt aangeduid als de principes van 'evidence based medicine' (EBM).⁹ De methode van evidence based medicine is een internationaal erkende denkwijze die geldt als leidraad voor het nemen van klinische beslissingen, maar ook als beoordelingsmaatstaf of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.¹⁰ Volgens de principes van EBM geldt (dubbelblind) gecontroleerd klinisch onderzoek (randomized controlled trials, RCTs) als hard bewijs ('evidence'). Bewijs uit andersoortige bronnen, zoals observationeel onderzoek, gezaghebbende opinies, positieve ervaringen van professionals en patiënten zijn eveneens relevant al is de status daarvan van een lagere orde. Dergelijk bewijs wordt systematisch gezocht en geselecteerd alsmede beoordeeld en vervolgens komt het Zorginstituut met een positief of negatief standpunt.

3. Geschillencommissie Zorgverzekeringen: EBM is de norm

In de adviesrol van het Zorginstituut tijdens SKGZ-geschillenprocedure (artikel 114 lid 3 Zvw) is het ZiN standpunt leidend. In nagenoeg alle gevallen waarover de Geschillencommissie moet oordelen, volgt zij het advies. Het gaat daarbij vooral om medisch-specialistische zorg waarvan partijen de effectiviteit betwisten, kortom of de beoogde interventie al dan niet voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk. Hoewel de wetgever uitgaat van een beoordeling van zowel de wetenschap en praktijk, laat de SKGZ-geschillencommissie de praktijkopvattingen nagenoeg buiten beschouwing. Dit speelt vooral bij nieuwe

De burgerlijke rechter betreft bewijs met lagere bewijskracht en praktijkervaringen wel bij de toetsing aan de stand der wetenschap en praktijk

technologieën, waarbij betrouwbare dubbelblind gecontroleerde klinische studies ontbreken. Bij het ontbreken van de hoogste vorm van bewijs valt men terug op 'hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten' (Bzv 2.1.). Die maatstaf wordt ingevuld door (semi)wetenschappelijke studies, positieve praktijk- en patiëntervaringen, en gezaghebbende opinies van medische wetenschappers. In de praktijk echter, leidt dergelijk bewijs van middelmatig of lage kwaliteit, vrijwel nooit tot het oordeel dat de zorg tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort.¹¹

Zijn er minimaal twee gerandomiseerde studies aanwezig en geven die een negatief resultaat, dan leidt dat per definitie tot een negatief advies, en daarmee een afwijzing van vergoeding, ongeacht de praktijkmaatstaf en de internationale ervaringen.¹² Daarmee kan men vraagtekens plaatsen bij de juistheid van de wettelijke toetsingsnorm interpretatie door de Geschillencommissie.

4. Burgerlijke rechter: CBO richtlijnen niet leidend

Daarentegen betreft de burgerlijke rechter bewijs met lagere bewijskracht en praktijkervaringen wel bij de toetsing aan de stand der wetenschap en praktijk. In enkele gevallen leidde dat voor de verzekerde tot een gunstige uitkomst. Illustratief is de jurisprudentie over vergoedingskwesties met betrekking tot de ziekte van Lyme. In Nederlandse medische kringen wordt een langdurige antibioticabehandeling bij Lyme gerelateerde klachten algemeen als niet-effectief beoordeeld, en voldoet het daarmee niet aan de stand der wetenschap en praktijk

(herziene richtlijn Lymeziekte 2013 van het Centraal Begeleidingsorgaan, CBO).¹³ Daarentegen beroepen de 'believers' van langdurige antibioticabehandeling zich op een internationale richtlijn van de herziene richtlijn van de International Lyme and Associated Disease Society (ILADS 2014), alsook afgeleide nationale richtlijnen in België, Duitsland en de Verenigde Staten) en verschillende gezaghebbende publicaties.¹⁴

Verschillende rechtelijke colleges hebben over meerdere jaren zich wisselend uitgelaten over de vraag of langdurige antibioticabehandeling wel of niet tot de stand der wetenschap en praktijk behoort.¹⁵ Daarbij werden eerder genoemde richtlijnen wisselend gewogen, mede ook door het ontbreken van 'hard bewijs' (gerandomiseerde klinische trials van goede kwaliteit), de tegenstrijdige uitkomsten, grote variatie in kwaliteit en patiëntenpopulatie. Weliswaar is de CBO-richtlijn 2013 bij onenigheid over de juistheid niet leidend, 'maar heeft qua betrouwbaarheid en kwaliteit een hogere bewijskracht dan de ILADS 2013 richtlijn', aldus het Hof Arnhem.¹⁶ Dat er ook artsen zijn die de ILADS richtlijn in de praktijk wel als uitgangspunt nemen voor de behandeling, is voor het hof onvoldoende aanleiding deze praktijk tot uitgangspunt te nemen. Eigen ervaringen en enkele positieve publicaties van artsen wegen niet op tegen de veelheid aan (nieuwe) wetenschappelijke rapporten en onderzoeken waarin het nut en of effect van langdurige antibioticabehandeling ontbreekt.¹⁷ Weliswaar is de uitkomst voor de verzekerde teleurstellend, maar het hof weegt wel de praktijkervaringen en geeft daarmee wel een juiste uitleg aan het begrip 'de stand der wetenschap en praktijk'.

4. Het laatste SKGZ jaarverslag geeft een stijging weer van het aantal afgehandelde geschillen, te weten 620 (2016); 523 (2015); 491 (2014). Daarentegen loopt de gemiddelde doorlooptijd op van 136 (2014) naar 148 dagen in 2016, [www.skgz.jaarverslag 2016](#), p. 4.

5. Zie recent een uitspraak van de Rechterbank Gelderland waarin de uitkomst van het bindend advies tevergeefs wordt aangevochten nu er sprake is van een vaststellingsovereenkomst waarin de gang naar de rechter is afgesloten, Rb. Gelderland 22 januari 2018, ECLI:NL:RBGEL:2018:220, r.o. 4.2.

6. Besluit zorgverzekering, *Stb.* 2005, 389 (NvT), Hoofdstuk 2 de inhoud van de zorgverzekering, par. 1, art. 2.1. Aangevuld door de uitspraak *Smits-Peerbooms* van het HvJ EU 12 juli 2001, C-157/99, ECLI:EU:C2001:404, randnummer 94.

7. Zie G.R.J. de Groot, 'De stand van de wetenschap en praktijk', *TvGR* 2006, afl. 5, p. 287-303, p.290.

8. Van der Mersch, *T&C Gezondheidsrecht II*, commentaar op art. 64 Zvw (online, laatst bijgewerkt 1 juli 2017).

9. Zorginstituut Nederland, *Beoordeling stand van wetenschap en praktijk. Van goede zorg verzekerd*, januari 2015.

10. Idem p. 24.

11. Zie ABRvS 9 juli 2014, 201300727 (*electro shock golf behandeling*); ABRvS 29 augustus 2014, 201300980 (*TMS*); ABRvS 15 oktober 2014, 201303204 (*High-intensity focused ultrasound, HIFU*); ABRvS 19 augustus 2015, 201500751 (*plastische chirurgie*); ABRvS 28 oktober 2015 201500354 (*hirudo-therapie*); ABRvS 28 oktober 2015, 201500558 (*NoTube behandeling*); ABRvS 14 september 2016, 201503317 (*MOM-heupprothese*); ABRvS

26 oktober 2016, 201600911 (*YAG-laserbehandeling*); ABRvS 10 mei 2017, 201602661 (*medisch specialistische revalidatie*); ABRvS 5 april 2017, 201601360 (*ziekte van Lyme*); ABRvS 19 april 2017, 201602502 (*FreeStyle libre glucose monitoring systeem*); ABRvS 31 mei 2017, 201602448 (*ziekte van Lyme*); ABRvS 5 juli 2017, 201602254 (*chemotherapie en hyperthermie bij eierstokkanker*); ABRvS 5 juli 2017, 201600774 (*rTMS*); ABRvS 5 juli 2015, 201602395 (*obstructief slaapapneusyndroom*); anders De Groot (noot 6), p. 290.

12. Zie ABRvS 24 januari 2018, 201602154 (*hysteroscopie voorafgaand aan IVF*).

13. RIVM [www.rivm.nl](#), onder documenten, CBO-richtlijn Lymeziekte 2013.

14. Waaronder die van: R.B. Stricker, 'Benefit of intravenous antibiotic therapy in patients referred for treatment of neurologic Lyme disease', *Int J Gen Med.* 2011,

afl. 4, p. 639-46 die concludeert dat 'long term intravenous antibiotic therapy is associated with improved cognition, fatigue, and myalgias in patients referred for treatment of neurologic Lyme disease'.

15. Wel volgens de stand der wetenschap en praktijk: Hof Amsterdam 28 februari 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BV7524; Rb. Gelderland (ktr.) 26 mei 2016, ECLI:NL:RBGEL:2016:3300; Hof Arnhem 25 juli 2017, ECLI:NL:GHARL:2017:8016; Rb. Gelderland (ktr.) 6 september 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:4910. Anders: Rb. Gelderland 12 februari 2014, ECLI:NL:RBGEL:2014:1412; Hof Arnhem-Leeuwarden 19 december 2017, ECLI:NL:GHARL:2017:11105.

16. Hof Arnhem-Leeuwarden 19 december 2017, ECLI:NL:GHARL:2017:11105, r.o. 4.28.

17. Idem, r.o. 13.

Die meer evenwichtige benadering waarbij de praktijkervaringen eveneens worden gewogen, vinden we terug in een reeks uitspraken met betrekking tot zogenoemde PTED-zaken. Het betreft een experimentele operatietechniek bij lage rugklachten. Volgens het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (het huidige Zorginstituut) werden dergelijke operaties tot 2006 onder de voormalige Ziekenfondswet als 'gebruikelijke zorg' gekwalificeerd. Met de invoering van de Zvw en de nieuwe standaard heeft het Zorginstituut zijn standpunt gewijzigd: 'gecontroleerde studies naar de meerwaarde van PTED ontbreken, evenals lange termijn ervaringen die de zorgen over recidiveren van de hernia kunnen wegmenen'.¹⁸ Daarmee wordt deze interventie beoordeeld als niet conform de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Waar de Rechtbank Utrecht nog meeging in deze benadering, veegde het Hof Amsterdam in hoger beroep de vloer aan met het advies.¹⁹ Bij een gewijzigd standpunt met verstrekkende gevolgen voor verzekerden, hoort een deugdelijke onderbouwing, en die ontbreekt volgens het hof. Onduidelijk is op welk type hernia de ZiN studie betrekking heeft (al dan niet recidiverende hernias), en of en in hoeverre er bij het betrekken van een expert opinion tevens rekening is gehouden met eventueel van de 'heersende leer' afwijkende opinies.²⁰ Verder signaleert het advies slechts enkele buitenlandse opvattingen, maar gaat in het geheel niet in op recente ontwikkelingen elders, waaronder die met betrekking tot onderzoek, behandeling en ziektekostenvergoedingen.²¹ Daarmee blijft het advies onder de norm zoals gesteld in het *Smits-Peerbooms*-arrest van het Hof van Justitie EU, namelijk de maatstaf van de internationale stand van de wetenschap en internationale praktijk.²² Het gevolg is dat de verzekerde zelf op zoek moet gaan naar medische informatie omtrent de internationale stand der wetenschap en praktijk. Door haar medische achtergrond heeft klager toegang tot de relevante literatuur en kan die ook inhoudelijk duiden. Weliswaar ontbreken literatuurstudies met hoge bewijskracht (gerandomiseerde studies), maar wordt duidelijk dat alleen al in de Alpha-kliniek München meer dan 10 000 patiënten succesvol zijn geholpen met de PTED-methode. Daarnaast wordt melding gemaakt van een studie waaruit blijkt dat de PTED-methode in meer dan 85 instellingen wereldwijd wordt gebruikt (2008). Voorts overlegt verzekerde aanvullende internationale (patiënten)studies en deskundigenverklaringen van een zevental chirurgen uit ontwikkelde landen waarin zij de PTED-methode als geaccepteerde en goedgekeurde operatietechniek bevestigen. Het enkele verweer dat de methode niet conform de heersende CBO-richtlijn is, en er onvoldoende

Waar de Rechtbank Utrecht nog meeging in deze benadering, veegde het Hof Amsterdam in hoger beroep de vloer aan met het advies

studies zijn om een goede uitspraak te kunnen doen over de waarde van de nieuwe techniek vergeleken met gangbare operatietechnieken, mag de zorgverzekeraar niet baten.²³ Volgens het hof heeft de verzekerde afdoende aangetoond dat de PTED-methode voldoet aan de stand der wetenschap en internationale praktijk. In enkele daarop volgende uitspraken wordt dit standpunt bevestigd en overgenomen.²⁴ Ter vergelijking: van de gepubliceerde PTED-uitspraken heeft de Geschillencommissie 31 van de 36 verzoek tot vergoeding afgewezen (over de periode 2007-2017).²⁵

Waar verzekeraars klakkeloos het ZiN standpunt overnemen, is dat hoofdzakelijk gebaseerd op een meerderheidsstandpunt van de betreffende beroepsgroep in Nederland. Terecht verwerpt de rechter deze eenzijdige uitleg. Internationale praktijkervaringen en eventuele afwijkende ervaringen binnen de beroepsgroep dienen eveneens gewogen te worden. Maar dan dient de verzekerde de weersproken toetsingsmaatstaf met afwijkende praktijkervaringen en gezaghebbende opinies wel aannemelijk te maken.²⁶ En daar zit nu net het probleem: anders dan het ZiN, heeft de gemiddelde burger geen toegang tot dergelijke informatie, noch beschikt die over de vereiste medische expertise om dergelijke informatie te interpreteren.

5. Aanknopingspunten verantwoorde en adequate zorg

Waar bewijs over de stand der wetenschap en praktijk ontbreekt, worden de inhoud en vorm van de verzekerde zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (...). Dat doet zich voor bij astmabehandeling in het hooggebergte. Door het ontbreken van gerandomiseerde en gecontroleerde studies zijn de langetermijneffecten van een dergelijke behandeling in het hooggebergte onbekend. Niettemin wordt in het betrokken vakgebied hooggebergtebehandeling wel gezien als verantwoorde en adequate zorg.²⁷ De rechter baseert die conclusie op een uit 2008 daterend standpunt van het College voor Zorgverzekeringen dat opname en behandeling in een astmacentrum tot de verzekerde prescripties behoort.²⁸ Tevens is van belang de Richtlijn ernstig astma 2013 van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) waarin een hooggebergtebehandeling zoals in Davos geldt als verantwoorde en adequate zorg.²⁹ Verder heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een separate tariefbeschikking afgegeven en is gebleken dat de meeste zorgverzekeraars de hoogtebehandeling in het astmacentrum vergoeden indien de patiënt daarvoor een indicatie heeft.³⁰ Wat betreft de doelmatigheidsvraag, oordeelt de rechtbank dat een opname van vijftien weken geen excessief lange behandelduur is, aangezien longrevalidatie over het algemeen een lang traject is (circa twaalf weken).³¹

Opmerkelijk hierbij is dat de rechter voorbij gaat aan een conceptrichtlijn van het Zorginstituut waarin een hoogtebehandeling pas voor vergoeding in aanmerking komt, wanneer klinische behandeling op zeeniveau onvoldoende succesvol is gebleken. Nu er geen sprake is van een definitief advies aan de zorgverzekeraars, kan de voorzieningenrechter deze voorlopige tekst terzijde leggen en zich baseren op het 2008 afgegeven CvZ standpunt als heersende leer.³²

6. Redelijkheid en billijkheid als laatste strohalm?

Waar de stand der wetenschap en praktijk, en verantwoorde en adequate zorg geen uitsluitel geven over de effectiviteit en doelmatigheid van een behandeling, repteert een beroep op de aanvullende werking van de redelijkheid en billijkheid. In de *Bosentan*-zaak is de Hoge Raad uiterst terughoudend om met de redelijkheid en billijkheid de wettelijke dekkingsomschrijving en verzekeringsvoorwaarden te verruimen.³³ Uitsluitend indien voldaan is aan vijf cumulatieve voorwaarden, kan daar sprake van zijn. Zo betreft het: 1. een geneesmiddel dat vanwege bijzondere omstandigheden niet is opgenomen in het verzekerde pakket, maar dat daartoe wel behoort; 2. de kosten van de behandeling c.q. het geneesmiddel dermate hoog zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan opbrengen; 3. het ontbreken van alternatieven; 4. er is sprake van een levensbedreigende situatie of een zeer ernstige toestand die leidt tot ernstig lijden; 5. en het is aannemelijk dat de behandeling of het geneesmiddel in aanmerking komt voor opname in het verzekerde pakket aangezien het voldoet aan de eisen van werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid.³⁴ Overigens is het de vraag of deze uitleg op andere betwiste behandelingen kan worden toegepast. Immers, de specifieke casus had betrekking op een off-label geneesmiddel, dat wil zeggen een geneesmiddel geïndiceerd voor aandoening A, maar met een mogelijk positieve werking voor aandoening B. Die mogelijk positieve werking dient men wel aannemelijk te maken aan de hand van feiten en omstandigheden. Daarnaast is het de vraag of men farmaceutische zorg (geneesmiddelen) gelijk mag stellen aan andere zorgvormen (waaronder medisch specialistische zorg). Voor beide zorgvormen geldt dat zij worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk. Dat zou inderdaad pleiten voor een gelijkstelling. Verder geldt voor medisch specialistische zorg, anders dan voor farmaceutische zorg, geen limitatieve opsomming van verzekerde prestaties. Met andere woorden, het 'open systeem' laat zorgverzekeraars meer ruimte of een zorgvorm voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Vanwege de limitatieve opsomming, geldt het levensbedreigende karakter van de betreffende aandoening, of het ernstige

In de *Bosentan*-zaak is de Hoge Raad uiterst terughoudend om met de redelijkheid en billijkheid de wettelijke dekkingsomschrijving en verzekeringsvoorwaarden te verruimen

lijden als ondergrens. En moet het voldoende duidelijk zijn dat alternatieve behandelingen ontbreken.³⁵

7. Conclusie

Waar de gemiddelde burger – nota bene op uitnodiging van diens zorgverzekeraar – nietsvermoedend kiest voor de laagdrempelige SKGZ Geschillencommissieroute, eedigen dergelijke geschillen voor de burger veelal teleurstellend. Met een beroep op de welhaast magische bezweringsformule van evidence based medicine voldeet de gewraakte behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij het ontbreken van wetenschappelijke klinische studies van goede kwaliteit valt de Geschillencommissie keer op keer terug op de Nederlandse praktijk en veronachtzaamt zij de internationale praktijkervaringen en/of winkelt selectief in andersoortige opvattingen. Zo bezien wordt wel duidelijk waarom advocaten weinig vertrouwen hebben in de afloop bij de Geschillencommissie. Zeker in geschillen over de aard en inhoud van de verzekerde prestaties, heeft de verzekerde bij de Geschillencommissie niets te zoeken. Hem rest de gang naar de burgerlijke rechter. Kostbaar en tijdrovend, maar de kans van slagen is aanzienlijk groter dan bij de Geschillencommissie. Al hangt de slagingskans uiteraard samen met de aangereikte bewijsmiddelen en de betrouwbaarheid van buitenlandse onderzoeksresultaten, praktijkervaringen, en expert opinies. Vanuit het oogpunt van rechtsgelijkheid geeft dit echter wel te denken. ●

18. Bron: www.zorginstituutnederland.nl, standpunten PTED, 7 juli 2008. Achterhaald en per 1 januari 2016 voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket van de Zvw voor een periode van vier jaar, *Kamerstukken II* 2015/16, 29689, 649, p. 4.

19. Rb. Utrecht 30 december 2010, ECLI:NL:RBUTR:2010:BO9347 en Hof Amsterdam 18 december 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BY6499

20. Idem ECLI:NL:GHAMS:2012:BY6499, r.o. 4.11.

21. Idem r.o. 4.13.

22. Noot 5, randnummers 94 en 98.

23. R.o. 4.15.

24. Rb. Rotterdam 29 juli 2014, ECLI:NL:RBROT:2014:1832; Rb. Noord-

Nederland 24 maart 2016, ECLI:NL:RBNNE:2016:1200, anders Rb. Arnhem 2 november 2009, ECLI:NL:RBARN:2009:BK1774 maar vernietigd in Hof Arnhem-Leeuwarden 21 maart 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:2072, bevestigd in HR 24 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:306.

25. Telkens was de conclusie dat de PTED-methode niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

26. Rb. Midden-Nederland 10 juni 2016, ECLI:NL:RBMNE:2016:2819 (*metaal-opmetaal RHA-implantaat*), waarin de verzekerde geen feiten of omstandigheden heeft aangevoerd op grond waarvan de zorgverzekeraar niet mocht afgaan op het ZIN-

advies; idem: Rb. Leeuwarden 20 februari 2008, ECLI:NL:RBLEE:2008:BC4605 waarin de effectiviteit van de mandometermethode onvoldoende is bewezen (*anorexiapatiënte*); Rb. Den Haag 28 oktober 2010, ECLI:NL:RBSGR:2010:BO0436 (*vergoeding discusprothesebehandeling*); GiEA Curaçao 28 augustus 2017, ECLI:NL:OGAC:2017:104 (*vergoeding van een oncologische studiebehandeling*).

27. Rb. Gelderland 7 november 2014, ECLI:NL:RBGEL:2014:6978.

28. Idem, r.o. 4.3. Recent herzien in 'Standpunt behandeling van (ernstige) astma in het hooggebergte', ZIN 8 december 2014.

29. www.NVALT.nl, Richtlijn Ernstig astma 2013.

30. Rb. Gelderland 7 november 2014, ECLI:NL:RBGEL:2014:6978, r.o. 4.3.

31. Idem r.o. 4.5. bevestigd door de Rb. Zeeland-West-Brabant met verwijzing naar de NVALT richtlijn 2013, Rb. Zeeland-West-Brabant 16 december 2014, ECLI:NL:RBZWB:2014:8528.

32. Idem ECLI:NL:RBZWB:2014:8528, r.o. 3.14.

33. HR 19 december 2014, ECLI:NL:HR:2014:3679.

34. Idem r.o. 3.6.3.

35. Zie Rb. Gelderland 21 september 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:5933 (*neurostimulatie in het buitenland*).