



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, vertegenwoordigd door D te E, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, revalidatie met Activity Based Restorative Therapy (ABRT), stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201801394

Zittingsdatum : 6 maart 2019

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

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

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 D te E,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

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 ZorgGoed 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 ten behoeve van verzekerde afgesloten aanvullende verzekeringen TandGoed en Pechvogelhelp zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een revalidatiebehandeling met Activity Based Restorative Therapy (ABRT), te ondergaan in Baltimore, Maryland, Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld over te gaan tot een coulancevergoeding van € 63.008,10.

3.3. Bij brief van 28 augustus 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde behandeling alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 december 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 januari 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 18 december 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 februari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018065425) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten met het doel een tweetal vragen beantwoord te krijgen:
- Wat was de situatie bij opname in het Duitse revalidatiecentrum en bij ontslag, en hoe heeft het behandelprogramma eruit gezien?
 - Hoe ziet het voorgestelde behandelprogramma in de Verenigde Staten eruit?
- Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 februari 2019 aan partijen gezonden. Verzoeker is bij die gelegenheid verzocht de vragen van het Zorginstituut te beantwoorden. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 26 februari 2019 gereageerd en de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2019 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut en de nagezonden stukken.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld nadere (medische) informatie over te leggen ten aanzien van de door verzekerde in de Verenigde Staten ondergane behandeling. Bij e-mailbericht van 8 april 2019 heeft verzoeker de commissie medische informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 10 april 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brief van 16 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 3.10. Bij brief van 23 april 2019 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. Bij brief van 3 mei 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 10 mei 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 10 mei 2019 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts in Baltimore, Maryland, heeft op 6 oktober 2017 over verzekerde verklaard:

"(...) The records of [verzekerde] (...) have been reviewed by a team at the Kennedy Krieger Institute located in Baltimore, Maryland. It has been recommended that [verzekerde] be admitted to the intensive rehabilitation unit at Kennedy Krieger Institute (KKI) in order to receive evaluations and treatment for his diagnosis of Acute Flaccid Myelitis (AFM). The International Center for Spinal Cord Injury (SCI) at KKI offers outcome based evidence that restoration of function is possible. Kennedy Krieger Institute is a JCAHO and CARF accredited specialty hospital located adjacent to Johns Hopkins Hospital (JHH) in Baltimore, Maryland. We are one of four programs in the world that are CARF certified in Pediatric SCI. Our specialty is caring for patients with neurologic injuries and our inpatient rehabilitation unit has been in existence for over thirty years. We have a special

therapy area dedicated to the SCI patients. The International Center for Spinal Cord Injury. KKI also has experts in the application of advanced technology to compensate for lost function. The specialists in the JHH neuroimmunology clinic and the providers at KKI are experienced in the diagnosis and treatment of demyelinating disorders and other non-traumatic disorders of the central nervous system including disorders such as AFM and spinal cord stroke. Unlike patients with traumatic spinal cord injuries, patients with non-traumatic myelopathy often do not receive SCI-specific care designed to optimize neurologic and day to day functional restoration and habilitation. The more active [verzekerde] is during his post-injury period, the greater the chance he substantially affects neuroplasticity and primes the nervous system to accumulate functional gains. The SCI unit at KKI is also able to address his other deficits such as: ventilator weaning, nutrition, sleep hygiene and pain management. Children like [verzekerde] with AFM are at high risk, not only for primary neuromuscular and cardiovascular impairments, but also for secondary impairments in social cognition, communication and social development, all domains influenced by independent mobility. Young nervous systems demonstrate unique neuroplasticity and benefit from a program of Activity Based Restorative Therapy (ABRT). This intervention is based on optimization of activity both above and below the level of injury, promoting neural recovery and restoration, leading to improved function. Not only do our experienced therapists offer traditional functional therapies for AFM patients, the ABRT approach, a multiple modalities approach uses state of the art equipment including standing, whole body and segmental vibration, trials of functional electrical stimulation, and patterned activities to strengthen the muscles needed for sitting, standing and mobility. Upon discharge the family is usually sent home with a comprehensive home rehabilitation program to continue to facilitate neurological recovery, ongoing development, minimize complications and help each child achieve his or her maximum potential. (...)"

4.2. De behandelend kinderarts in Nederland heeft op 25 juli 2018 over verzekerde verklaard:

"(...) [verzekerde] (...), is bekend met acute flaccid myelitis (AFM) obv enterovirus D68 infectie (juli 2016) waarna o.a. respiratoire insufficiëntie waarvoor beademing via tracheacanule en tetraplagie. Forse beperkingen in motoriek, communicatie bij beademing en ADL. AFM is een zeer zeldzame aandoening, waarbij in Nederland zeer beperkte ervaring is. Het Kennedy Krieger instituut kent zeer intensieve behandelprogramma's waar revalidatiebehandeling gericht op verbetering motoriek, gecombineerd met functionele electrostimulatie (ABRT: activity based restorative therapy), geïntegreerd is met afwennen van de beademing en heeft veel ervaring met deze aandoening. Tevens is er tijdens de revalidatiebehandeling de mogelijkheid een analyse te doen naar welke zenuwen gebruikt zouden kunnen worden als zenuwtransplantaat tbv vervanging van de aangedane zenuwen richting diafragma en eventueel schoudermusculatuur. Hierin en in functionele electrostimulatie tijdens de revalidatie is in Nederland zeer beperkte ervaring. Een intensieve revalidatieperiode in het Kennedy Krieger instituut waar [verzekerde] intensieve motorische training kan krijgen, waarbij de FES maximaal kan worden ingezet. De revalidatiegeneeskundige behandeling is zeer complex en intensief, waarbij functionele electrostimulatie een grote meerwaarde heeft (zie artikel (under submission) wat werd meegestuurd, waarbij de behandeling van 31 kinderen in het Kennedy Krieger instituut worden geëvalueerd). In het Kennedy Krieger instituut kan deze therapie veel intensiever geboden worden en kan de FES goed worden toegepast. De huidige therapeuten zouden hierop getraind kunnen worden maar de behandeling zou bestaan uit veel trial en error en dit zou geen recht doen aan de intensieve en specialistische begeleiding die [verzekerde] nodig heeft. M.i. kan die wel in het Kennedy Krieger instituut optimaal geboden worden. Zoals bekend is opname in een revalidatiecentrum met beademing in Nederland niet mogelijk; in het Kennedy Krieger instituut kan [verzekerde] opgenomen worden, waardoor de behandeling uit veel meer uren kan bestaan dan nu mogelijk is. Tevens is het aldaar mogelijk om het ontwenen van de beademing te combineren / te integreren in de revalidatiebehandeling; dit heeft een groot voordeel, ook omdat bij [verzekerde] gedrag/angst een belemmerende factor is in de ontwenning van de beademing. Collega (...) van het Kennedy Krieger instituut heeft veel ervaring in het vergroten van de beademingsvrije periode bij kinderen met AFM. In het Kennedy Krieger Institute kan eveneens een analyse en indicatiestelling plaatsvinden tav eventuele zenuwtransplantaties. Aangezien we nu reeds meer dan 1,5 jaar na de aanvang van de ziekte zijn, is het van belang deze analyse snel plaats te laten vinden. Telefonisch vond afstemming plaats met dr. (...), clinical director of the Kennedy Krieger Instituut. Na eea te hebben afgewogen, zouden we

[verzekerde] willen verwijzen naar het Kennedy Krieger Instituut voor een periode van 2 maanden intensieve revalidatiebehandeling, in welke periode ook analyse t.a.v. eventuele indicatie voor een zenuwtransplantatie zal plaatsvinden. Als deze indicatie er is, kan deze zenuwtransplantatie aldaar plaatsvinden en moet de opname/revalidatieperiode met 2 maanden verlengd worden. Het Kennedy Krieger Instituut zal de behandeling aldaar afsluiten met een overdracht/behandelplan en eventueel training voor de therapeuten alhier zodat de behandeling zo optimaal mogelijk kan worden voortgezet in Nederland. (...)"

- 4.3. Verzekerde is op 22 juli 2016, vlak voor zijn vierde verjaardag, getroffen door het EV-68 virus. Dit heeft een ontsteking in zijn ruggenmerg veroorzaakt. AFM is een zeer zeldzame ziekte waardoor verzekerde zijn ledematen zeer beperkt tot niet kan gebruiken, hij beademing nodig heeft en continu moet worden ondersteund bij de ADL. Cognitief heeft hij geen beperkingen en ontwikkelt hij zich goed. In Nederland zijn op dit moment twee kinderen bekend met deze ziekte en in heel Europa twaalf.
- 4.4. In 2017 is verzekerde gedurende langere tijd opgenomen geweest in een revalidatiecentrum in Duitsland. De reden hiervan was dat in Nederland geen mogelijkheden bestonden voor revalidatie. Volgens de CTB-regels mocht verzekerde namelijk niet worden behandeld in een revalidatiecentrum in Nederland. De kliniek in Duitsland zou gespecialiseerd zijn in de beademingsapparatuur. In de praktijk bleek dit echter anders te liggen. Door verschillende omstandigheden is beperkt sprake geweest van een revalidatietraject, onder andere door een gebrek aan kennis en kunde en vanwege de afwezigheid van voldoende personeel. Verzoeker heeft zelf de meeste kennis over het beademingsapparaat van verzekerde, en verleent hem de meeste zorg. Met de weinige behandeling die hij heeft gekregen, is wel gemerkt dat er groeimogelijkheden zijn bij verzekerde. Hierbij kan worden gedacht aan zijn hoofdbalans. Eerder moest zijn gehele hoofd worden gefixeerd, nu is het een steun in de nek. Ook is er een betere bekkenbalans en kan verzekerde enkele minuten zonder het beademingsapparaat. De verwachting is dat wanneer er meer frequentie en stabiliteit ontstaat in de behandeling van verzekerde, hij zich ook beter kan ontwikkelen. Dit is ook wat vanuit het Kennedy Krieger Institute wordt aangegeven.
- 4.5. Aangezien binnen Europa slechts enkele mensen bekend zijn met deze aandoening, is hiervoor in de nabijheid geen gerichte behandeling beschikbaar. In de Verenigde Staten zijn meer mensen met de aandoening bekend, en aldaar is een geschikte behandeling gevonden. Hierdoor herstellen patiënten voor een groot deel weer waardoor zij niet meer afhankelijk zijn van de beademing, minder zorg nodig hebben en weer een toekomstperspectief hebben. Het Kennedy Krieger Institute past deze therapie al dertien jaar toe. Het betreft een vanuit CARF erkende organisatie. De verkregen accreditaties zijn gebaseerd op evidence based medicine behandelmethodes. De ziektekostenverzekeraar gaat hierbij ten onrechte uit van volwassenen. Wereldwijd bestaat voldoende wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat bij kinderen de neuroplasticiteit veel hoger is, waardoor bij hen meer groeimogelijkheden bestaan. Daarnaast is het zo dat deze aandoening alleen bij kinderen voor komt, zodat de vergelijking met volwassenen niet relevant is.
- 4.6. Verzoeker vindt het vreemd dat verzekerde wel gedurende langere tijd in Duitsland mocht worden behandeld, terwijl deze behandeling niet is toegespitst op zijn aandoening. Men gaat daar namelijk uit van het Guillain-Barré syndroom (GBS). Verder liggen de kosten die uiteindelijk door de ziektekostenverzekeraar voor de revalidatie in Duitsland zijn vergoed vele malen hoger dan het bedrag dat nu wordt gevraagd voor de revalidatiebehandeling in de Verenigde Staten. De door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding van € 63.008,10 komt helaas niet in de buurt van het bedrag dat in de Verenigde Staten moet worden betaald.
- 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. Verzoeker heeft aanspraak op een revalidatiebehandeling in de Verenigde Staten ten behoeve van verzekerde voor zover verzekerde hierop is aangewezen. Verder moet de zorg voldoen aan de

stand van de wetenschap en praktijk. Niet ter discussie staat dat verzekerde is aangewezen op de aangevraagde zorg. Er bestaat helaas onvoldoende bewijs dat de zorg ook voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom mag de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan wettelijk gezien niet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoeker een tegemoetkoming aan te bieden die gelijk staat aan het bedrag dat in Nederland zou worden vergoed voor een acht weken durende revalidatiebehandeling. Deze tegemoetkoming bedraagt € 63.008,10 en is gebaseerd op DBC-zorgproductcode 990027134. Dit bedrag kan voorafgaand aan de behandeling aan verzoeker worden overgemaakt, mits hij na afloop van de behandeling een bewijs overlegt dat verzekerde ook gedurende acht weken is behandeld in de Verenigde Staten.

5.3. Het vervoer naar en van de Verenigde Staten kan niet worden vergoed, omdat dit vervoer samenhangt met de specifieke behandeling aldaar en deze niet onder de verzekerde zorg valt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en artikel 5 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 volledig 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden revalidatie als:

•deze zorg is aangewezen als doeltreffendste manier om je handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen.

Je handicap moet daarbij het gevolg zijn van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;

•je met deze zorg een mate van zelfstandigheid bereikt of behoudt die redelijkerwijs mogelijk is met je beperking;

•de zorg uitgevoerd wordt door een multidisciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts in een revalidatie instelling die bij wet is toegelaten.

De revalidatie kan plaatsvinden:

- door middel van een deeltijd- of dagbehandeling (niet-klinische situatie);
- door middel van een opname van meerdere dagen (klinische situatie). Dit is alleen mogelijk als door het verblijf spoedig betere resultaten te verwachten zijn.

Je hebt voor revalidatie een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist. (...)

- 8.4. Artikel 18.12 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Je woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland.

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief. (...)"

- 8.5. Artikel 2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...) In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)"

- 8.6. De artikelen 2, 18.12 en 18.20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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.

Medisch-specialistische zorg, waaronder revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is geregeld in artikel 2.12 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen Nederland en de Verenigde Staten bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering. Daarom moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de eerste vraag die beantwoording behoeft of revalidatiezorg met Activity Based Restorative Therapy (ABRT) bij Acute Flaccid Myelitis (AFM) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 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 (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.
- 9.4. 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 de door partijen overlegde stukken bekeken en is zowel in zijn voorlopig advies van 12 februari 2019 als in zijn definitief advies van 3 mei 2019 tot de volgende conclusie gekomen: *"Door het ontbreken van de concrete behandelplannen van het Duitse revalidatiecentrum en het centrum in de Verenigde Staten kan niet worden vastgesteld wat de in de Verenigde Staten uitgevoerde ABRT-behandeling precies inhoudt en in hoeverre deze behandeling verschilt van de behandeling die in Duitsland is geboden. Het is daarom niet mogelijk om te beoordelen of de ABRT-behandeling voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, omdat er geen gerichte literatuursearch uitgevoerd kan worden"*. Uit deze conclusie volgt dat het Zorginstituut onvoldoende (medische) informatie heeft om te kunnen beoordelen of de in de Verenigde Staten uitgevoerde ABRT-behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 van de zorgverzekering.

De commissie constateert op basis hiervan dat aan de hand van de onder 9.3 en 9.4 uitgeschreven methodiek niet kan worden beoordeeld of de ABRT-behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering.

- 9.6. Gelet op het voorgaande dient thans te worden bepaald bij welke partij de stelplicht en de bewijslast ter zake berust. Uit een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2018:469) volgt dat de stelplicht en de bewijslast met betrekking tot de vraag of een behandeling tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort, en daarom door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed, in beginsel bij de verzekerde berust. Weliswaar mag van de ziektekostenverzekeraar worden verwacht dat hij zijn stelling onderbouwt, maar op hem rust volgens de Hoge Raad geen verzwaarde stelplicht. De ziektekostenverzekeraar beschikt immers in de regel niet over bijzondere, niet voor anderen toegankelijke gegevens aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of een behandeling tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort, wat grond kan zijn voor het aannemen van een dergelijke plicht. De commissie sluit zich in de onderhavige kwestie bij de overwegingen van de Hoge Raad aan. Dit betekent dat de stelplicht en de bewijslast bij verzoeker berust. Uit de door hem overgelegde (medische) informatie kan niet worden geconcludeerd dat de inmiddels ondergane ABRT-behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat verzoeker niet heeft voldaan aan zijn stelplicht en bewijslast zodat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen door hem is aangevoerd ten aanzien van de accreditatie door CARF kan niet leiden tot een andere uitkomst. Dit geldt evenzeer voor het door verzoeker aangevoerde punt dat de revalidatiebehandeling in Duitsland uiteindelijk duurder is. Ook de bij verzekerde aanwezige groeimogelijkheden maken het voorgaande helaas niet anders.

- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten onverplicht een bedrag te vergoeden voor de door verzekerde ondergane behandeling in de Verenigde Staten. In die beslissing zal de commissie niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor revalidatiezorg, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 19 juni 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

