



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen
Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, revalidatie met behulp van Lokomat®
bij cerebrale parese en psychomotore retardatie, stand wetenschap en
praktijk

Zaaknummer : 201402850

Zittingsdatum : 13 januari 2016



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.6 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,



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 aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (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 ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 3 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Lokomat® training ten behoeve van verzekerde, uit te voeren te Affoltern am Albis, Zwitserland (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brief van 26 mei 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 september 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 september 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015108278) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar te laten onderzoeken of verzekerde beschikt over een indicatie als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 oktober 2015 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. Bij brief van 5 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat verzekerde een Wlz-indicatie heeft voor vier functies. De commissie heeft verzoeker hierop gevraagd toe te lichten of de door verzekerde ondergane therapie valt onder de betreffende Wlz-indicatie. Bij brief van 17 november 2015 heeft verzoeker op die vraag ontkennend geantwoord. Een afschrift van zijn brief is op 24 november 2015 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 januari 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut en in te gaan op de nagekomen stukken.
- 3.10. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld alle relevante documenten vanaf het jaar 2009, waaronder nota's, aan de ziektekostenverzekeraar te sturen. De ziektekostenverzekeraar heeft aansluitend de mogelijkheid gekregen hierop te reageren. Bij brief van 2 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief uiteengezet welke vergoeding aan verzoeker wordt verleend. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij brief van 25 maart 2016 medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Een afschrift van deze brief is op 30 maart 2016 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 30 maart 2016 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 stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 29 april 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek dient te worden verricht, waarbij dient te worden onderzocht of sprake is van Wlz-zorg, in het kader waarvan de kosten kunnen worden vergoed. Verder dient de ziektekostenverzekeraar na te gaan of verzekerde nog steeds redelijkerwijs is aangewezen op medisch-specialistische revalidatiezorg en of de geleverde zorg medisch-specialistische revalidatie betreft. Een afschrift van dit advies is op 4 mei 2016 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 juni 2016 aan de commissie de uitkomst van het nader onderzoek medegedeeld. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop

te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 11 juni 2016 op de uitkomst van het nader onderzoek gereageerd.

- 3.12. Bij brief van 15 juni 2016 heeft de commissie de uitkomst van het nader onderzoek en de reactie van verzoeker hierop aan het Zorginstituut gezonden. Bij brief van 27 juni 2016 heeft het Zorginstituut de commissie een herzien definitief advies gestuurd, inhoudende dat het verzoek dient te worden toegewezen. Het herzien definitief advies is op 27 juni 2016 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 1 juli 2016 op het herzien definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend revalidatiearts in Nederland heeft op 25 juli 2012 ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard: "[Verzekerde] bezoekt met enige regelmatigheid het Universitair kinderspitaal in Zurich voor specialistische Locomat training. Daarnaast krijgt zij intensieve fysiotherapie (in verschillende vormen) en ergotherapie in een multidisciplinaire setting. Hierover ontvang ik iedere keer een uitgebreide rapportage. De therapie is gericht op het verbeteren van de grove motoriek en het inzetten van de linkerhand. Na de laatste sessie in april/mei 2012 werd er vooruitgang gezien in de grove motoriek in liggende en zittende positie. (...)".
Op 22 december 2014 heeft de revalidatiearts verklaard: "12-jarig meisje met bilaterale spastische CP en psychomotore retardatie. Spierlengtes zijn voldoende, alleen linker gastrocnemius wordt wat kort. Grof motorisch niveau van functioneren is stabiel, gaat op overige gebieden met hele kleine stapjes vooruit. [Verzekerde] heeft haar motorisch plafond zeer waarschijnlijk al een aantal jaren geleden bereikt. (...)".
- 4.2. Verzekerde gaat al jarenlang gedurende de schoolvakanties naar Zwitserland voor revalidatie. Hierbij krijgt zij onder andere training met de Lokomat®. De multidisciplinaire therapie wordt niet in deze vorm in Nederland gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de therapie tot en met 1 november 2012 vergoed als zijnde fysiotherapie. Daarna heeft hij de vergoeding gestaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de afwijzing van de kosten medegedeeld dat de zorg niet doelmatig zou zijn. Deze is echter wel doelmatig, en het is in het belang van verzekerde dat de therapie tijdens de vakanties wordt gecontinueerd, teneinde terugval te voorkomen. Verzoeker is van mening dat de therapie als revalidatie ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.
- 4.3. Tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en dat de kosten eerder op basis van coulance zijn vergoed. Op het uitkeringsbericht van de betreffende vergoedingen staat echter dat deze volgens de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en tarieven zijn betaald. Verzoeker is verder van mening dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geheel voorbij gaat aan de verklaringen van met name de revalidatiearts. Hieruit valt op te maken dat verzekerde met de behandelingen aantoonbare netto gezondheidswinst behaalt.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het voor verzekerde van groot belang is dat zij buiten de school, met name in de zomervakanties, de therapie continueert om terugval te voorkomen. De revalidatiearts heeft hierover enkele medische verklaringen gegeven, die ook aan de ziektekostenverzekeraar zijn overgelegd. Verzekerde is bekend met spierspanning en epilepsie, zodat de multidisciplinaire therapieën, waaronder fysiotherapie, ergotherapie en krachttraining (MTT) van groot belang zijn. Verzekerde behaalt hiermee gezondheidswinst.
De ziektekostenverzekeraar heeft de behandelingen vanaf 2009 gedeeltelijk vergoed, en heeft hiermee de verplichting over zich afgeroepen de behandelingen te blijven vergoeden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar op de betalingspecificaties ondubbelzinnig vermeld dat de vergoeding is gebaseerd op Nederlandse maatstaven. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve geen vergoeding op basis van coulance verleend.
Tot slot heeft verzoeker, in reactie op de uitspraken van de ziektekostenverzekeraar, medegedeeld dat deze 75 percent van de kosten moet vergoeden, aangezien het gaat om niet-gecontracteerde

zorg. Zes weken revalidatie in Zwitserland kost per keer ongeveer € 15.000,--. Hiervan werd door de ziektekostenverzekeraar slechts een bedrag van € 1.000,-- vergoed. De ziektekostenverzekeraar zal daarom vanaf 2009 moeten onderzoeken hoeveel de vergoeding bedraagt en tot correctie dienen over te gaan.

4.5. Bij brief van 25 maart 2016 heeft verzoeker de commissie medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar in zijn beoordeling de vergoedingen over de jaren 2009 tot en met 2012 buiten beschouwing wenst te laten, omdat verzoeker hiertegen eerder niet zou hebben geprotesteerd. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar echter verklaard de nota's vanaf 2009 opnieuw te zullen beoordelen. Verzoeker heeft in Zwitserland nagevraagd welke vergoeding ten laste van het aldaar van toepassing zijnde sociale ziektekostenverzekeringsstelsel geldt. Kinderen vallen in Zwitserland in de regel onder de zogenoemde "Invaliditäts Versicherung". Indien een behandelend revalidatiearts of specialist de zorg voorschrijft, worden de kosten hiervan vergoed.

4.6. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 1 juli 2016 medegedeeld dat ondanks dat de ziektekostenverzekeraar voldoende tijd heeft gekregen om deze casus te beoordelen, nog steeds niet duidelijk is wat de hoogte is van de te verlenen vergoeding. Ook de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar heeft gecommuniceerd, getuigt niet van een constructieve en coöperatieve opstelling. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds andere argumenten opgeworpen. Verzoeker verwijst naar een uitspraak van de Rechtbank Zeeland West-Brabant (NL:RBZWB:2014:8528), waarin sprake is van een aantal substantiële parallellen in de casuïstiek.

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. De ziektekostenverzekeraar heeft kosten van revalidatiezorg vergoed, omdat deze kosten in Nederland destijds ten laste van de zorgverzekering kwamen. Vanaf 2010 werden geen kosten van revalidatie meer vergoed. Dit komt wellicht doordat de kosten ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, thans: Wet langdurige zorg, Wlz) kwamen. Bij wijze van uitzondering zijn aan de ouders van verzekerde kosten vergoed als ware sprake van fysiotherapie. Hierbij ging het om een coulancehalve vergoeding.

5.2. Verzekerde gaat twee tot drie maal per jaar naar Zwitserland voor Lokomat® training. De klinische effectiviteit van deze training moet nog worden aangetoond. Deze behandeling voldoet niet aan het criterium 'conform de stand van de wetenschap en praktijk', en betreft daarom geen verzekerde zorg. De Lokomat® training vormt een onderdeel van de revalidatiebehandelingen. De overige zorg die verzekerde tijdens haar verblijf in Zwitserland krijgt zijn onder andere fysiotherapie, hydrotherapie, ergotherapie, hippotherapie (onverzekerde zorg) en 'medizinische trainingstherapie'. Dit laatste is een voor de ziektekostenverzekeraar onbekende therapie. Indien een onderdeel van de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, moet de gehele behandeling als niet verzekerde zorg worden gezien. Verzoeker ontvangt dan ook geen vergoeding voor de door verzekerde ondergane behandelingen.

5.3. Met ingang van 1 januari 2014 is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoeding meer mogelijk voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Voor het overige is bepaald dat alleen zorgkosten van een zorgaanbieder gevestigd in Nederland worden vergoed. Vóór 2014 werd voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland slechts een vergoeding gegeven voor zover deze een aanvulling was op een (niet volledige) vergoeding vanuit de zorgverzekering, en dan alleen voor zover de verzekerde de aanvullende verzekering ExtraVerzorgd 4 had afgesloten. In het geval van verzekerde is de revalidatiezorg geen verzekerde zorg ten laste van de zorgverzekering, zodat door haar niet is voldaan aan de voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar is verder van oordeel dat, omdat hier sprake is van revalidatiezorg, deze zorg niet als fysiotherapie of ergotherapie kan worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de behandelingen in het verleden als fysiotherapie zijn vergoed. In de onderhavige situatie is een fout gemaakt. De ziektekostenverzekeraar zal de zorg daarom als revalidatiezorg vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. De vergoeding die verzoeker noemt, strookt overigens niet met de verzekeringsvoorwaarden. De vergoeding zal nooit hoger zijn dan 75 percent van het Nederlandse tarief. Dit kan derhalve minder zijn dan 75 percent van de daadwerkelijke kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft zich ter zitting bereid verklaard de betreffende nota's met terugwerkende kracht tot 2009 opnieuw te beoordelen.
- 5.5. Bij brief van 2 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de behandelingen in de jaren 2009, 2010 en 2011 zijn vergoed als revalidatiezorg. Er werd een vergoeding van € 1.028,40 per maand gegeven. Door de ziektekostenverzekeraar is in die jaren niet betwist dat sprake was van revalidatiezorg, en verzoeker heeft de hoogte van de vergoeding niet bestreden. De ziektekostenverzekeraar zal dan ook niet opnieuw over deze vergoeding oordelen. Bij brief van 18 september 2012 is aan verzoeker medegedeeld dat een vergoeding van € 12,-- per dag wordt verleend voor fysiotherapie tot 1 november 2012. De reden hiervoor is een verklaring van de behandelend arts van 10 juli 2012, die de behandelingen in Zwitserland benoemt als gespecialiseerde fysiotherapeutische behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze verklaring dan ook beschouwd als een aanvraag voor vergoeding van fysiotherapie, en heeft dienovereenkomstig een vergoeding verleend. Verzoeker heeft (de hoogte van) deze vergoeding destijds niet bestreden, zodat de ziektekostenverzekeraar niet opnieuw over deze vergoedingen zal oordelen. De nota's voor de ná 1 november 2012 verleende zorg zullen worden voorgelegd aan de afdeling die deze verwerkt. De nota's worden beoordeeld als revalidatiezorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als verzoeker dit wenst, kan de ziektekostenverzekeraar deze kosten laten tarifieren. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het vergoeden van de onderhavige behandelingen niet ertoe leidt dat ook voor de toekomst aanspraak bestaat op vergoeding. De huidige vergoeding wordt verleend omdat in het verleden op onjuiste gronden, althans op onvoldoende transparante wijze, vergoeding is afgewezen.
- 5.6. Bij brief van 2 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij zich afvraagt waarom volgens het Zorginstituut nog nader onderzoek dient plaats te vinden, aangezien in dit geschil reeds een vergoeding is toegezegd. Met betrekking tot de vragen die het Zorginstituut stelt, geldt het volgende. Verzekerde heeft een Wlz-indicatie voor begeleiding in een groep, wonen met begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, tijdelijk verblijf en begeleiding individueel. Voor zover de ziektekostenverzekeraar heeft kunnen nagaan, is door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geen indicatie gesteld voor behandeling, ook niet op grond van de Wlz. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzekerde (nog) is aangewezen op revalidatiezorg. Zij krijgt in Nederland multidisciplinaire revalidatiebehandelingen via de Tyltylschool. Verzekerde is aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat hiervan in de onderhavige situatie geen sprake is.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat een gedeeltelijke vergoeding dient te worden verleend voor de revalidatiezorg die verzekerde vanaf 1 november 2012 heeft gehad, op basis van 75 percent van het Nederlandse tarief. Voor het overige is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.



7. Het geschil



- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.



- 8.3. De zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of*
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag. (...)"*



- 8.4. De zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op fysiotherapie. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

(...)

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de eerste 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op vergoeding van kosten van nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. (...)"



- 8.5. De zorgverzekering bepaalt voorts wanneer aanspraak bestaat op vergoeding van kosten, gemaakt in het buitenland. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- recht op vergoeding van kosten van zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, in de GGZ of*
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ.*
- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.*

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. (...)"

- 8.6. De zorgverzekering regelt verder de inhoud en omvang van de verzekerde zorg. De betreffende bepaling luidt:

"De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.7. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat deze verzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg, waaronder revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Paramedische zorg is geregeld in artikel 2.6 Bzv. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie en beweegprogramma's. De relevante artikelen luiden, voor zover hier van belang:

"Ergotherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u ergotherapie vergoed voor een maximum aantal uren per kalenderjaar: (...) 5 (...)

U krijgt vergoeding voor behandelingen fysiotherapie, oefentherapie en een beweegprogramma tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar: (...) 40 (...)

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met Menzis een contract heeft. (...)

Verwijzing

• Voor therapeuten die geen contract met Menzis hebben, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist, bedrijfsarts, verloskundige of tandarts. (...)"

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

"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. Verzekerde is naar Zwitserland gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Hoewel Zwitserland geen EU-lidstaat is, is genoemde verordening van toepassing op basis van een verdrag tussen de EU en haar lidstaten en de Zwitserse Bondsstaat. Ten aanzien van de verordening geldt het volgende.

9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat om die reden geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de

verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de Lokomat® training bij de indicatie van verzekerde voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
- Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.5. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de Lokomat® training bij de indicatie van verzekerde is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 29 april 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat het gebruik van de Lokomat® bij loopbandtraining met ondersteuning van het lichaam, gezien als een variant van de in de praktijk algemeen geaccepteerde behandeling bij revalidatie van patiënten met neurologische loopbeperkingen, ten gevolge van neurologische problematiek, conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.7. Verzekerde heeft, naast de Lokomat® training, behandelingen fysiotherapie, ergotherapie, hydrotherapie, hippotherapie en 'medizinische therapie' ondergaan. De hippotherapie betreft, gelet op het herzien definitief advies van het Zorginstituut van 24 juni 2016, geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Anders ligt dit voor de overige behandelingen, die onderdeel vormen van medisch-specialistische revalidatie. Ook de zogenoemde 'medizinische therapie' kan hiervan een onderdeel zijn, aldus het Zorginstituut. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar

 gehouden verzoeker de kosten van de door verzekerde ondergane behandelingen te vergoeden als medisch-specialistische revalidatie, ten laste van de zorgverzekering, met uitzondering van de hippotherapie.

-  9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker eerst met ingang van 1 november 2012 aanspraak heeft op vergoeding, omdat in andere jaren de onjuiste vergoeding niet is betwist dan wel is veroorzaakt door een verklaring van de behandelend arts. Dienaangaande overweegt de commissie dat door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is toegezegd de nota's vanaf 2009 opnieuw te beoordelen. Het gaat dan niet aan in het vervolg van de procedure vergoeding op deze grond te weigeren. Verzoeker heeft daarom met terugwerkende kracht tot 2009 aanspraak op vergoeding van de kosten van de Lokomat® training en de overige behandelingen in het kader van medisch-specialistische revalidatie, met uitzondering van de hippotherapie en onder aftrek van de vergoeding die hij reeds heeft ontvangen. Voor zover de vergoeding op grond van de zorgverzekering aan de orde is, geldt dat het oorspronkelijke verzoek zag op 2014. Aangezien ten behoeve van verzekerde voor dat jaar een restitutieverzekering is afgesloten, geldt geen korting op het tarief vanwege de afwezigheid van een contract tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar. De commissie is niet bekend met de verzekeringssituatie van verzekerde van vóór 2014. Indien destijds een naturaverzekering was afgesloten, kan wel een korting op het (Nederlandse) tarief van toepassing zijn.

-  9.9. Aangezien - met uitzondering van de hippotherapie - sprake is van verzekerde zorg waarvoor een indicatie bestaat, en de toestemming op basis van de verordening hiervoor derhalve ten onrechte aan verzoeker is geweigerd, dient de ziektekostenverzekeraar te onderzoeken welk bedrag in Zwitserland volgens de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering voor deze zorg wordt vergoed. Verzoeker heeft aanspraak op vergoeding van de kosten op basis van dit tarief, met - indien aan de orde - een aanvulling tot het tarief dat op grond van de zorgverzekering voor deze zorg wordt vergoed, een en ander met inachtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.10. Aangezien het, zoals hiervoor is overwogen, naar zijn aard niet gaat om enkelvoudige fysiotherapie of oefentherapie dan wel een beweegprogramma, maar om medisch-specialistische revalidatiezorg, en de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor geen vergoeding kent, bestaat ten laste van deze verzekering geen aanspraak op een aanvullende vergoeding.

Conclusie

-  9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.8 en 9.9.
-  9.12. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.8 en 9.9.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 17 augustus 2016,



P.J.J. Vonk

