

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, Farmaceutische zorg, behandeling acrodermatitis chronica atrophicans
Zaaknummer : 2009.02123
Zittingsdatum : 9 juni 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van een “medicamenteuze behandeling wegens chronische borreliose met acrodermatitis chronica atrophicans (ACA)”, te ondergaan in Rheinbach (Duitsland) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 18 juni 2008 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus PZP en Tandarts PZP afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 2 vermelde afwijzing gevraagd. Bij brief van 3 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de middelen ceftriaxon®, sulbactam®, minocyclin® en quensyl® alsnog te vergoeden. De middelen mutaflor®, omniflora® en perenterol® worden niet vergoed.
- 3.4. Bij brief van 1 februari 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 1 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 april 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 19 respectievelijk 29 april 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 april 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010065227) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door verzoeker gewenste middelen niet zijn opgenomen in het GVS. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 juni 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat hij kampt met acrodermatitis chronica atrophicans. Deze aandoening is in het verleden meerdere malen gediagnosticeerd en verzoeker is hiervoor behandeld. De ziekte uit zich in neurologische klachten, oogklachten, neklachten, moeite met schrijven, denkblokkade's, slaapstoornissen en een verstoring van de blaasfunctie.
- 4.2. Verzoeker wenst vergoeding van de middelen die hij voorgeschreven heeft gekregen van de arts in Rheinbach. Hij acht het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan het oordeel van de diverse behandelende medici die – anders dan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en de arts van Best Doctors – op basis van eigen onderzoek, waargenomen klinische verschijnselen en een uitgebreide anamnese tot de diagnose ziekte van Lyme zijn gekomen. De ingeschakelde arts van Best Doctors gaat geheel voorbij aan de in Nederland gehanteerde CBO-richtlijn. Bovendien heeft hij ten onrechte gesteld dat voor het aannemen van de diagnose 'ziekte van Lyme' een positieve laboratoriumtest is vereist. Verder is onvoldoende onderkend dat de uitkomsten van de diverse serologische onderzoeken de diagnose 'ziekte van Lyme' in het geheel niet uitsluit en zelfs op onderdelen bevestigt. Met betrekking tot de vraag of verzoeker al dan niet kampt met acrodermatitis chronica atrophicans is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het biopt deze diagnose niet bevestigt. Hiermee lijkt echter voorbij te zijn gegaan aan het oordeel van de arts van verzoeker van 27 april 2009.
- 4.3. In zijn brief van 27 januari 2010 merkt verzoeker naar aanleiding van de uitslag van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen op dat niet alle door de ziektekostenverzekeraar toegezegde antibiotica aan hem zijn verstrekt. Hem is geen sulbactam® voorgeschreven, wel metronidazol®. Verder heeft hij het middel colestyra-

min® voorgeschreven gekregen. Toen verzoeker na behandeling nieuwe klachten ondervond in de vorm van ontstekingen aan handen en voeten, heeft de Duitse arts hem andere antibiotica voorgeschreven, namelijk baypen®, cefotaxim® en probe-necid®.

4.4. 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 stelt dat bij hem de volgende feiten bekend zijn. In 2002 kreeg verzoeker een verdikking op de hand, waarbij vermoed werd dat hij een teken-beet had opgelopen. Er werd een serologie voor Borrelia uitgevoerd, die positief was. Verzoeker is gedurende twee weken met doxycycline behandeld. In 2005 ondervond hij een stekende pijn in het linker bovenbeen, gevoelige gewrichten, pijn in de onder-rug, spasmes in de aangezichtsspieren, cognitieve problemen en koorts. Op grond van een neurologisch onderzoek en een negatieve lumbale punctie werd neuroborre-liosis uitgesloten. In 2006 ontstonden meer klachten, en een urinetest gaf een positief resultaat voor Borrelia. Verzoeker ontving doxycyclinen en arthemeter-lumefantrine. In 2007 kreeg hij een ernstige irritatie rond de ogen en droge en haarloze benen. De oogarts vond geen tekenen van een infectie met Borrelia. Hij was van mening dat de droge ogen te wijten waren aan een tekort aan traanproductie. In september 2007 bleek een lymfocytentransformatietest positief te zijn voor Borrelia. De C6-peptide en Western Blot testen waren echter in oktober 2007 negatief. Ook de PCR-test was ne-gatief voor Borrelia. Op basis van trillingen van de handen en een positieve lymfocy-tentransformatietest werden een laat stadium van de ziekte van Lyme en ACA beves-tigd door twee Duitse specialisten. Verzoeker werd behandeld met claritromycin en hydroxychloroquine. Dit hielp aanvankelijk bij het huidprobleem, maar na het voltooien van de kuur keerde het probleem terug. In juni 2008 vond een dermatoloog geen tekenen van ACA.

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is in eerste instantie – mede na raadpleging van een advies van Best Doctors – van oordeel dat verzoeker geen indi-catie heeft voor de te gewenste behandeling, omdat niet vast staat dat hij ACA heeft. Omdat echter zowel voor ACA als neuroborreliose gebruik kan worden gemaakt van hetzelfde antibioticum (ceftriaxon®), is de vraag in hoeverre dat voor de indicatie chronische neuroborreliose noodzakelijk is, niet relevant. De medisch adviseur advi-seert de middelen ceftriaxon®, sulbactam®, minocyclin® en quensyl® alsnog te ver-goeden. De middelen mutaflor® en omniflora® zijn zogenoemde probiotica; perente-rol® is een natuurlijk gist. Deze middelen vormen geen verzekerde prestatie.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewe-zen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenver-zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de middelen mutaflor®, omniflora®, perenterol®, metronidazol®, colestyramin®, baypen®, cefotaxim® en probenecid® te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

Artikel 32 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op terhandstelling van:

- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;*
- b. geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;*
- c. geneesmiddelen die overeenkomstig bij ministeriële regeling vast te stellen regels in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht en die hetzij zijn bereid volgens zijn specificaties, hetzij in een andere lidstaat of een derde land in de handel zijn en op zijn verzoek zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht;*
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

lid 2

De onder lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op terhandstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de verzekeraar. Deze is tevens in te zien via de internetsite van de zorgverzekeraar. (...)"

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)"

In artikel 2 lid 5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en

omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.3. De artikelen 2 lid 5, 11 en 32 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv. In artikel 2.1 Bzv is bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding heeft toegezegd voor de middelen ceftriaxon®, sulbactam®, minocyclin® en quensyl®, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven. De middelen mutaflor®, omniflora® en perenterol® zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed, omdat het zou gaan om probiotica respectievelijk een gistmiddel. De commissie is gebleken dat genoemde middelen niet zijn geregistreerd, en niet door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn aangewezen in het kader van de Rzv (bijlage 1 en 2). Voorts betreft het hier geen ‘orphan drugs’ of ‘magistrale receptuur’, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op de vergoeding van genoemde middelen ten laste van de zorgverzekering. Met betrekking tot de overige door verzoeker gewenste middelen merkt de commissie op dat het verzoek om vergoeding daarvan eerst in de geschilfase is ingebracht, en dat daarover door de ziektekostenverzekeraar nog geen beslissing heeft plaatsgevonden. De commissie is derhalve niet bevoegd dienaangaande bindend te adviseren.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 juni 2010,

Voorzitter