

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, behandelingen Lyme-Borreliose
Zaaknummer	: ANO08.139
Zittingsdatum	: 28 mei 2008

Zaak: ANO08.139, geneeskundige zorg, behandelingen Lyme-Borreliose

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006 en 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen een besluit van de zorgverzekeraar van 19 februari 2007 de behandelingen Lyme Borelliose niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend zorgverlener heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Ziekte van Lyme". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit "de behandeling voor Lyme-Borelliose" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Van 4 december 2006 tot en met 5 maart 2007 hebben de behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 6 december 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 4 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 april 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 20 mei 2008 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 10 april 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 april 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de behandelend artsen van verzoekster huisartsen noch medisch-specialisten zijn. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 28 mei 2008 gehoord. Verzoekster in persoon, de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 5 juni 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat blijkens de verklaring van haar behandelend arts sprake is van een reguliere behandeling voor de bij haar vastgestelde zware borelliabesmetting.
- 4.2. Verzoekster heeft zich tot de zorgverzekeraar gewend voor informatie. In een telefoongesprek is haar door een met name genoemde medewerkster verteld dat zij gebruik kon maken van een gecontracteerde zorgverlener. Desgevraagd naar de keuzevrijheid voor een door verzoekster gewenste zorgverlener is haar medegedeeld dat als de behandeling niet volledig zou worden vergoed, zij in ieder geval in aanmerking zou komen voor een vergoeding van 95 procent van het laagste tarief dat voor deze behandeling geldt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij zich beroept op de onjuiste voorlichting, waardoor zij de behandeling is gestart in de veronderstelling dat 95 percent door de zorgverzekeraar zou worden vergoed.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de Ceftriaxon® door of vanwege de Oosteinde Kliniek is verstrekt, en derhalve niet op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering vergoed kan wor-

den.

- 5.2. De zorgverzekeraar stelt aan de hand van telefoonnotities vast dat nimmer een toezegging is gedaan omtrent een vergoeding van minimaal 95 percent van het laagste tarief.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt omdat met de kliniek geen overeenkomst bestaat en de behandelend artsen huisartsen noch medisch-specialisten zijn.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier voor zowel 2006 als 2007 een naturopolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) geneeskundige zorg is geregeld in de artikelen 1 tot en met 15 van de "Aanspraken van de zorgverzekering" van 2006 en 2007.

Artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering geeft de definities van een Huisarts, Medisch-specialist, de Wet BIG, Zelfstandig behandelcentrum en Ziekenhuis als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

Voor zover hier van belang, luiden deze begripsbepalingen:

"Huisarts:

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst.

Wet Big:

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Zelfstandig behandelcentrum:

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis:

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten."

Artikel 1 van de "Aanspraken van de zorgverzekering" 2006 en 2007 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat.

"U heeft bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

U heeft aanspraak op:

- _ verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- _ medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- _ de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden."

Artikel 2 van de "Aanspraken van de zorgverzekering" 2006 en 2007 regelt de aanspraken bij een zelfstandig behandelcentrum.

"U heeft bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum aanspraak op:

- _ verpleging en verzorging;*
- _ medisch specialistische zorg;*
- _ de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor de behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief."

Artikel 4 van de "Aanspraken van de zorgverzekering" 2006 en 2007 ziet op extramurale medisch-specialistische zorg.

"U heeft aanspraak op de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

U heeft aanspraak op:

- _ medisch specialistische zorg;*
- _ de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief."

Artikel 15 van de "Aanspraken van de zorgverzekering" 2006 en 2007 ziet op huisartsenzorg.

"U heeft aanspraak op:

- _ zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is;*
- _ röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.*

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Tevens heeft u aanspraak op een aantal door een huisarts uitgevoerde behandelingen, die eveneens vallen onder de zorg die medisch specialisten plegen te bieden. U heeft alleen aanspraak op deze behandelingen indien wij dit in ons contract met de betreffende huisarts zijn overeengekomen.”

Artikel 16 regelt met betrekking tot de farmaceutische zorg, voor zover hier relevant, het volgende:

“Voorwaarden

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door:

- een arts, tandarts, kaakchirurg of verloskundige wiens zorg u volgens deze polis heeft ingeroepen;

(...)

- De farmaceutische zorg moet geleverd worden door een apotheek of apotheekhoudende huisarts

- 7.2. De regeling in de artikelen 1, 2, 4 en 15 van de “Aanspraken van de zorgverzekering” en artikel 1 van de algemene voorwaarden, zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 2006 en 2007 gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of een gecombineerde behandeling met de intraveneus toegediende antibiotica ceftriaxon®, probiotica en supplementen bij de diagnose “Lyme boreliose”, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.6. Bij de beoordeling 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.

- 7.7. Indien uit ten minste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek 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 beroeps-
genoten.
- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de behandeling van de ziekte van Lyme-borreliose heeft geleid tot de Richtlijn Lyme-borreliose 2004 van het Kwaliteitsinstituut CBO. Uit deze richtlijn komt naar voren dat de aangewezen behandeling bij Lyme-borreliose bestaat uit de behandeling met één antibioticum, waarbij, afhankelijk van de leeftijd en de presentatievorm, ceftriaxon, penicilline, doxycycline, amoxyciline dan wel azitromycine wordt geïndiceerd. Het CVZ heeft in zijn advies van 10 augustus 2007 een behandeling volgens deze richtlijn bevestigd. Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling bij de diagnose “Lyme borreliose”, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, (nog) niet te gelden heeft als een behandeling die (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling. Daarom kan (nog) niet worden gesproken van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 1, 2, 4 of 5 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.9. Voor zover verzoekster stelt dat haar telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, en deze haar de mededeling heeft gedaan dat de door haar gewenste behandeling voor 95 percent van het laagste tarief dat voor deze behandeling geldt wordt vergoed en dat daarvoor een aanvraag moet worden ingediend, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.10. De zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico

van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.

Uit de telefoonregistratie van de zorgverzekeraar blijkt dat verzoekster haar behandelend arts, de kliniek waar zij behandeld zal worden en de aandoening bij naam en toenaam heeft genoemd. Voorts blijkt uit de telefoonregistratie dat verzoekster haar arts zou vragen zo spoedig mogelijk 'het nodige' naar de zorgverzekeraar te faxen. De commissie maakt hieruit op dat verzoekster in het algemeen is voorgelicht over zorg, verleend in een niet gecontracteerde instelling, doch dat meer gegevens nodig waren voor een antwoord in haar specifieke geval, zodat zij aan het telefoongesprek niet het vertrouwen heeft kunnen ontleenen dat de zorg vergoed zouden worden.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juni 2008,

Voorzitter