

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te D vs
E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, behandeling voor Lyme-Borreliose
Zaaknummer : 2007.2110
Zittingsdatum : 12 maart 2008

Zaak: 2007.2110, 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: verzoeker, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te D, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 6 januari 2007 de behandeling Lyme borreliose met behulp van intraveneus toegediende Ceftriaxon® (antibioticum) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde 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 verzekerde de volgende diagnose gesteld: "ziekte van Lyme". Verzoeker heeft naar aanleiding van de bij verzekerde gestelde diagnose ten behoeve van laatstgenoemde bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door verzekerde gewenste zorg, bestaande uit "twee kuren intraveneus toegediende Ceftriaxon® (antibioticum) gedurende twaalf weken" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. De behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, heeft van 14 november 2006 tot en met 26 januari 2007 en van 1 maart tot en met 20 april 2007, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 8 oktober 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is

tot een volledige vergoeding- ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren .
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 28 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 februari 2008 schriftelijk medegedeeld van die gelegenheid geen gebruik te willen maken. De zorgverzekeraar heeft op 21 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 7 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 20 februari 2008 de commissie geadviseerd de aanspraak van verzoeker af te wijzen omdat de behandelend arts huisarts noch medisch-specialist is. Een afschrift van het CVZ advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde al een half jaar met Lyme borreliose besmet was voordat de diagnose werd gesteld en de behandeling kon beginnen. Verzoeker heeft verzekerde in het Medisch Centrum Walborg (hierna: MCW) onder behandeling laten stellen, alwaar aan verzekerde per infuus twee maal twaalf weken Cetriaxon ® is toegediend. De behandelend arts van verzekerde is BIG-geregistreerd.
- 4.2. Hoewel de behandeling in het MCW afwijkt van de reguliere behandeling van Lyme in Nederland conform de CBa richtlijn Lyme borreliose, voldoet de behandeling aan de internationale standaard van de International Lyme and Associated Diseases Society. Daarom kan volgens verzoeker de behandeling zoals die is ondergaan niet worden gezien als een alternatieve behandeling, en dient de behandeling dan ook volledig voor vergoeding in aanmerking te komen.

- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 in het kader van de zorgverzekering van belang, dat in het verstrekkingenpakket van de zorgverzekering uitsluitend huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg zijn opgenomen. De door verzoeker geconsulteerde arts is wel bevoegd verzekerde te behandelen maar is huisarts noch medisch-specialist. De door de arts uitgeschreven nota's komen derhalve niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Bovendien is de Walborgkliniek geen zelfstandig behandelcentrum en evenmin door de zorgverzekeraar gecontracteerd.

5.2. Ten aanzien van de Ceftriaxon® stelt de zorgverzekeraar dat het een geregistreerd geneesmiddel betreft. Geneesmiddelen worden op grond van de zorgverzekering echter uitsluitend vergoed indien deze worden voorgeschreven in verband met zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. De kosten van de antibiotica zijn om die reden ten onrechte aan de apotheek vergoed ten laste van de zorgverzekering.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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 naturapolis, 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 vakantie verlof 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 laboratorium onderzoek 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."

- 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 vervolgens 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. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering waaronder mede begrepen farmaceutische zorg, alsook die van de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid in dit geval niet langer in geschil zijn. Met de mededeling van de zorgverzekeraar "dat verzoeker terecht opmerkt dat hier sprake is van een reguliere behandeling' in zijn brief van 26 juli 2007 en het overgaan tot vergoeding van Ceftraixon®, vormt de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid geen onderdeel van het geschil.
- 7.6. Aangezien het voorts uitdrukkelijk aan de zorgverzekeraars is gelaten te bepalen door welke zorgverleners de onderhavige zorg mag worden geleverd, spitst dit geschil zich toe op de volgende vragen. Is het Medisch Centrum Walborg te beschouwen als een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering? Zo ja, behoort de behandelend arts van verzekerde tot de groep van aangewezen zorgverleners in de zorgpolis? Zo ja, wat is dan de hoogte van de vergoeding?
- 7.7. Op basis van de gegevens inzake geregistreerde Zelfstandige Behandelcentra in Nederland komt de commissie tot de conclusie dat het Medisch Centrum Walborg niet geregistreerd is als Zelfstandig Behandelcentrum als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Evenmin is het Medisch Centrum Walborg een op grond van de Wet toelating zorginstellingen te beschouwen als een als ziekenhuis aangewezen instelling. Uit het BIG-register blijkt voorts dat de behandelend arts niet staat ingeschreven in het huisartsenregister dan wel als medisch specialist is geregistreerd. De behandeling in verband met de ziekte van Lyme in het Medisch Centrum Walborg door de behandelend arts van verzoeker behoren derhalve niet ten laste van de

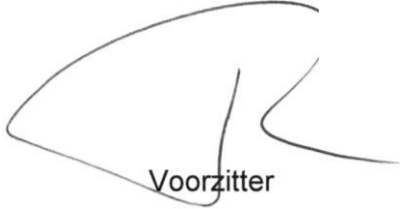
zorgverzekering te komen.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 maart 2008,



Voorzitter