

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, behandeling lyme-borreliose, stand
wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2011.00548
Zittingsdatum : 14 september 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 een behandeling van lyme-borrelie, ondergaan te Rheinbach (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 oktober 2010 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 30 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 1 maart 2011 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juni 2011 aan verzoeker gezon-

den.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Aangezien verzoeker het antwoordformulier niet heeft geretourneerd, ook na daaraan te zijn herinnerd, is hij uitgenodigd voor een mondelinge hoorzitting.
- 3.7. Bij brief van 10 juni 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011061876) 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 de behandelend arts voorgeschreven combinatiebehandeling van (chronische) lyme-borreliose niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 augustus 2011 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Na de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd te onderzoeken of een gedeeltelijke vergoeding is verleend voor de onderhavige zorg. Bij brief van 29 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan dit verzoek voldaan. Een afschrift van dit schrijven is aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Bij brief van 3 oktober 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 26 oktober 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld op het definitieve advies te reageren. Bij brief van 16 november 2011 heeft verzoeker op het advies gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft verzoeker voor behandeling naar de arts te Rheinbach doorverwezen, en hierbij het volgende verklaard: *“Patiënt is in 2007 bij [naam arts] geweest en aldaar leek het waarschijnlijk dat hij wel contact heeft gehad met een Borelia Burgdorferi bacterie en dat er een antilichaam respons heeft plaats gevonden. Patiënt is nu opnieuw 2x door een teek gebeten, 1 teek die er langere tijd heeft gezeten zonder erythema migrans waarvoor hij toch een doxy kuur heeft gehad. Nu toenemend last van moeheid, dubbelzien, spierkrampen. Is er een re infectie met Lyme? Gaarne uw verdere onderzoek en behandeling.”*
- 4.2. Verzoeker is in Rheinbach behandeld met de middelen Minocyclin®, Quensyl®, Ceftriaxon®, Mutaflor®, Omniflora® en Knobmed®. Verder heeft hij Kieser training ondergaan. Deze behandeling is in overeenstemming met de zogenoemde ILADS-richtlijn. Deze richtlijn is conform de internationale stand van de wetenschap en praktijk. De CBO-richtlijn waarop de ziektekostenverzekeraar zich beroept, wordt herzien en heeft op dit moment geen werking. In het door de ziektekostenverzekeraar genoemde eerdere bindend advies van de commissie en het hieraan ten grondslag lig-

gende CVZ-advies, wordt de toetsing aan de “stand van de wetenschap en praktijk” onjuist althans te beperkt uitgevoerd.

4.3. Verzoeker merkt voorts op dat de wet- en regelgeving en bestuurlijke praktijk in het kader van de Zvw zich op meerdere punten niet verdraagt met het geldende EU-recht. Dit geldt met name voor de inbreuken die worden gemaakt op het vrije verkeer van goederen en diensten. Voor Nederlandse patiënten is het financieel nadelig zich in een andere lidstaat te laten behandelen in verband met de hier geldende DBC-systematiek, waarbij voor sommige behandelingen veel te hoge bedragen worden betaald, en voor andere – vaak gecompliceerde – behandelingen een veel te laag bedrag.

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 de behandeling die verzoeker in Rheinbach heeft ondergaan in strijd is met de geldende CBO-richtlijn. De ILADS-richtlijn is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, zoals blijkt uit een eerder advies van de commissie en het hieraan ten grondslag liggende CVZ-advies. Beide richtlijnen zijn in 2004 opgesteld, zodat er geen reden is aan te nemen dat de ILADS-richtlijn boven de CBO-richtlijn is gesteld. De CBO-richtlijn verliest niet zijn werking indien deze nog niet is herzien. Een en ander leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem ondergane behandeling.

5.2. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat aan verzoeker ten onrechte tweemaal een vergoeding is verleend conform DBC-code 13.11.00.0492.1101. Hij kan hieraan geen rechten ontleen. Verder is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding mogelijk van € 28,31 voor het middel Quensyl®, en kunnen enkele consulten worden vergoed als alternatieve geneeswijze.

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

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 ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- “U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”*
- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:
- “Als u in Nederland woont, kunt u bij zorg in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland kiezen uit:*
- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
 - *vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
 - *vergoeding van de kosten van zorg door een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)”*
- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:
- “(...) De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”*
- 8.6. De artikelen 1.2, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
- Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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 vakge-

bied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
 - 8.9. De artikelen 43 en 44 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelen de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen.
 - 8.10. Artikel 20 van Vo 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. Aangezien verzoeker de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd voor de onderhavige behandeling, blijft toetsing aan het Werkingsverdrag en Vo 883/2004 achterwege, en dient het recht op vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de behandeling van lyme-borreliose zoals uitgevoerd bij verzoeker, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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.

- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling van lyme-borreliose is door het CVZ in zijn advies van 22 augustus 2011 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het CVZ heeft dit standpunt in zijn definitieve advies van 26 oktober 2011 gehandhaafd en, naar het oordeel van de commissie, hierbij de door verzoeker naar aanleiding van het voorlopig advies geuite kritiek voldoende gemotiveerd weerlegd. De commissie neemt het advies van het CVZ dan ook over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft gemeend te moeten overgaan tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de behandeling. Gelet op het voorgaande is deze vergoeding onverplicht verleend. Verzoeker heeft er evenwel op mogen vertrouwen dat deze vergoeding op juiste gronden is verleend, zodat het de ziektekostenverzekeraar niet vrij staat het vergoede bedrag van verzoeker terug te vorderen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Niet in geschil is dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen. Verzoeker heeft een gedeeltelijke vergoeding ten laste van deze verzekering ontvangen. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Strijd met EU-recht

- 9.8. Verzoeker heeft gemotiveerd gesteld dat de Nederlandse DBC-systematiek strijdig is met het vrije verkeer van goederen en diensten, doordat deze systematiek ervoor zorgt dat het in sommige situaties voor een verzekerde financieel nadelig is zich elders in de EU te laten behandelen. Zoals uit het overwogene onder 9.1 blijkt, wordt dit bezwaar ondervangen indien, met een beroep op het Werkingsverdrag en Vo 883/2004, voorafgaande toestemming wordt gevraagd en verkregen. De vergoeding wordt in deze situatie namelijk gebaseerd op de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. Van deze mogelijkheid is door verzoeker echter geen gebruik gemaakt. Nu de verleende zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, wordt aan de vraag naar de hoogte van de vergoeding niet toegekomen, en kan in het midden blijven of de DBC-systematiek strijdig is met het vrije verkeer van goederen en diensten.

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, 7 december 2011,

Voorzitter