

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, behandelingen Lyme-Borreliose
Zaaknummer	: ANO08.144
Zittingsdatum	: 14 mei 2008

Zaak: ANO08.144, geneeskundige zorg, behandeling 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 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 23 mei 2007 de middelen doxycycline en ceftriaxon te vergoeden tot maximaal de vastgestelde vergoedingslimiet.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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, Zvw.
- 3.2. Gezien de brief van de huisarts van 29 maart 2007 heeft de behandelend zorgverlener bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Lyme disease stadium 2". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "consulten, intraveneuze toediening van ceftriaxon, laboratoriumonderzoeken en probiotica en supplementen" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen met uitzondering van de middelen doxycycline en ceftriaxon, welke middelen worden vergoed tot maximaal de vastgestelde vergoedingslimiet.
- 3.3. Van 20 februari 2007 tot en met 22 februari 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft bij brief van 21 juli 2007 aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Op deze brief is, ook niet na een telefonisch verzoek daartoe op 12 september 2007, nimmer een reactie gekomen, zodat moet worden aangenomen dat de zorgverzekeraar heeft besloten zijn oorspronkelijk standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 11 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aan

spraak alsnog in te willigen, 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 29 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 maart 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 21 april 2008 per e-mail medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 20 maart 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 4 april 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen, omdat het Medisch Centrum Walborg niet is aan te merken als een instelling als bedoeld in artikel 5 van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en daarmee als bedoeld in artikel 1 van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 14 mei 2008 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 20 mei 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 CZV bij brief van 23 mei 2008 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij hem twee jaar geleden Lyme-Borreliose is vastgesteld. De Doxycycline kuren, die hem op grond van de CBO-richtlijn Lyme-Borreliose als gebruikelijke behandeling bij deze aandoening, zijn toegediend, zijn niet afdoende geweest.
- 4.2. Verzoeker is op basis van eigen onderzoek tot de conclusie gekomen dat in de medische wetenschap twee stromingen aan te wijzen zijn in de behandeling van Lyme-Borreliose. Naast behandeling conform de CBO-richtlijn, zoals bij hem heeft plaatsgevonden, is er ook de behandeling volgens de richtlijn van de Internationale Lyme and Associated Diseases Society (hierna: ILADS). Op grond hiervan heeft verzoeker zich voor deze laatste behandeling gewend tot het Medisch Centrum Walborg. Hiervoor heeft hij een verwijzing van zijn huisarts gekregen.
- 4.3. Verzoeker stelt dat de opmerking van de zorgverzekeraar in zijn brief van 9 juli 2007, waarin hem wordt geadviseerd zich voor de Lyme-Borreliose behandeling conform de richtlijn van de ILADS te wenden tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerd

ziekenhuis, op dat moment niet relevant is. Verzoeker had in zijn brief van 29 maart 2007 immers al aangegeven dat de behandeling op 2 april 2007 zou beginnen.

- 4.4. Voorts stelt verzoeker dat de aanvraag van de onderhavige behandeling beoordeeld dient te worden aan de hand van artikel 2 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering. Het betreft immers volgens de richtlijn van de ILADS een evidence-based behandeling.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat op grond van de toelichting bij het uitvoeringsbesluit WTZi geconcludeerd kan worden dat een instelling meerdere categorieën zorg kan leveren. Hieruit volgt dat de consulten niet voor vergoeding in aanmerking komen, doch dat dit onverlet laat dat de behandeling als zodanig is voorgeschreven door een daartoe bevoegde arts.
- 4.6. 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 van belang, dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering deze behandeling in een gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum vergoed kan worden, op basis van het daarvoor geldende DBC-tarief.
- 5.2. De indruk bestaat echter dat de behandeling bij het Medisch Centrum Walborg weliswaar deels een gefundeerde behandeling is, maar dat deze wordt toegepast in combinatie met alternatieve aspecten en een ongebruikelijk hoge frequentie. Voorts is noch het Medisch Centrum Walborg, noch de Oosteinde Kliniek een door de overheid erkend Zelfstandig Behandel Centrum. Tot slot is de behandeling niet in de vorm van een DBC-prestatiecode gedeclareerd.
- 5.3. Tijdens een telefoongesprek met de afdeling Klantenservice, is verzoeker meegedeeld dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt. Daarna heeft verzoeker op 29 maart 2007 een brief gezonden met het verzoek de behandeling te vergoeden.
- 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, met dien verstande dat de commissie op grond van artikel 114 Zvw uitsluitend kan oordelen over geschillen waarin door de zorgverzekeraar een heroverweging is gegeven, hetgeen met zich brengt dat het geschil ziet alleen op het deel van de behandeling dat in 2007 heeft plaatsgevonden.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier 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.

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 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 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 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 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."

7.2. 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 gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a, 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 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 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 Bzv 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.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Aangezien de zorgverzekeraar zich op het standpunt stelt dat de behandeling, zoals deze wordt toegepast in het Medisch Centrum Waldborg, een gefundeerde behandeling is in combinatie met alternatieve aspecten en een ongebruikelijk hoge frequentie, spitst het onderhavige geschil zich toe op de vraag of een gecombineerde behandeling met de intraveneus toegediende antibiotica ceftriaxon, probiotica en supplementen, waaronder molybdenum 500 mg, Slymax3, Gisol, Probatol Synergy 4 g en Glucosamine Extra, bij de diagnose Lyme disease stadium 2, 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.

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.

- 7.8. Vaststaat dat de door verzoeker overhandigde richtlijn van de ILADS onder de punten 44 en 45 stelt dat de ILADS richtlijnen zijn gebaseerd op A-2 bewijsmateriaal, hetgeen volgens de ILADS neerkomt op een bewijs van ten minste één goed opgezet klinisch onderzoek, zonder random uitvoering, die de aanbeveling ondersteunen.
- 7.9. Uit het rapport “*Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*”, p. 13 van het CVZ van 5 november 2007, blijkt dat onder B-bewijsmateriaal wordt verstaan: “vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken van A-2”. Onder A-2 bewijsmateriaal wordt verstaan: “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang (RCT)”. Onder A-1 bewijsmateriaal wordt verstaan: “systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.”
Het door de ILADS genoemde en als A2-bewijsmateriaal gekwalificeerde onderzoek - het klinisch onderzoek zonder random uitvoering - behoort op basis van het bovengenoemde rapport te worden geclassificeerd als B-onderzoek.
- 7.10. Voorts stelt het rapport dat in situaties waarin er geen studie van niveau A1 of (afgeronde) studies op A2-niveau gepubliceerd zijn, evidence van lagere orde (onderzoeken van niveau B, C en D) bij de beoordeling kunnen worden betrokken. Er geldt in dat geval wel een aantal voorwaarden waaronder de voorwaarde dat plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig dienen te zijn waarom geen bewijskracht van het hoogste niveau bestaat. Alleen dan kan op basis van lagere evidence de conclusie worden getrokken dat er sprake is van zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.
Uit de ILADS-richtlijn komt uit de aanhef van sectie V naar voren dat er behoefte is aan research. Ook blijkt onder punt 41 dat momenteel twee random uitgevoerde onderzoeken gaande zijn.
Het voorgaande leidt de commissie tot de conclusie dat er, ook volgens de ILADS richtlijn zelf, geen plausibel, zwaarwegend argument aanwezig is om af te zien van bewijsmateriaal met een bewijskracht van het hoogste niveau.
- 7.11. Op basis van deze gegevens is de commissie van oordeel dat de onderhavige behandeling bij de diagnose “Lyme disease stadium 2”, 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 de artikelen 1, 2, 4 of 15 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.12. Terzijde merkt de commissie op dat 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.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 juni 2008,

Voorzitter