

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, behandeling voor Lyme-Borelliose en zittend
ziekenvervoer.
Zaaknummer : 2007.2389
Zittingsdatum : 27 februari 2008

Zaak: 2007.2389, geneeskundige zorg, behandeling voor Lyme-Borelliose en zittend ziekenvervoer

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.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,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 19 april 2007 de behandeling Lyme-borreliose met behulp van intraveneus toegediende Ceftriaxon® (antibioticum) met een frequentie van twee keer per week, gedurende twaalf weken niet te vergoeden.

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 Zorg Geregeld 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 arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "de ziekte van Lyme". De behandelend zorgverlener 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 "de behandeling voor Lyme-Borelliose" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.3. De behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, zijn op 22 november 2006 begonnen en hebben op diverse data gedurende 2007, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 10 december 2007 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 20 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 januari 2008 aan verzoeker toegezonden .
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 30 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 11 januari 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 14 februari 2008 de commissie geadviseerd de aanspraak van verzoeker af te wijzen omdat het Medisch Centrum Walborg geen door de minister toegelaten zorg instelling is. Een afschrift van dit 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 in het kader van de behandeling van de ziekte van Lyme het medicijn Ceftriaxon®, opgelost in NaCl 0,9%, per infuus wordt toegediend. Het middel is niet voor orale toediening beschikbaar en daarom moet de behandeling worden beschouwd als reguliere behandeling. Verzoeker heeft zich in het Medisch Centrum Walborg (hierna: MCW) onder behandeling laten stellen, alwaar hij gedurende een periode van twaalf weken en later een periode van acht weken, Ceftriaxon ® per infuus heeft toegediend gekregen. Verzoeker is van oordeel dat dit middel, ondanks het feit dat het in een privé-kliniek wordt toegediend, niet als alternatief middel kan worden gezien en derhalve ten laste van de zorgverzekering dient te worden gebracht. Ten slotte vraagt verzoeker of hij in aanmerking kan komen voor vergoeding van kosten van zittend vervoer .

- 4.2. 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 het MCW een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde privé-kliniek is die voorts geen erkende instelling is voor specialistische hulp. Reguliere behandelingen worden om die reden niet op grond van de zorgverzekering vergoed. Gezien het belang van de behandeling is echter besloten éénmalig coulancehalve de kosten van de consulten, het inbrengen van infusen en de laboratoriumonderzoeken te vergoeden. De zorgverzekeraar heeft ter verduidelijking verklaard dat door hem met éénmalig wordt bedoeld: voor dit ziektegeval. De voedingssupplementen (Antioxidant, Glucosamine, Eskimo-3 etc.) komen volgens de zorgverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking .
- 5.2. 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. Dit geldt eveneens voor de vraag wat onder coulance wordt begrepen.

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 artikel 3.1 van de zorgverzekering van 2006 en 2007.

Geneeskundige zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden.

(...]

lid 2. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

Medisch-specialistische zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden ('...], alsmede de bij de behandeling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...]

Door

Medisch-specialistische zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Waar

Medisch-specialistische zorg dient plaats te vinden in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist, zelfstandig behandelcentrum (ZBC), revalidatie-instelling of na schriftelijke toestemming van Univé, een door Univé nader aan te wijzen instelling.

- 7.2. De regeling in artikel 3.1 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering 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.

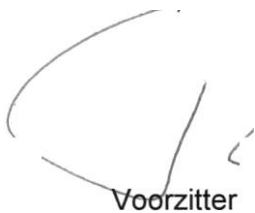
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving .
- 7.5. 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, 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 "Gezien het belang van de behandeling hebben wij besloten om éénmalig coulancehalve de kosten van de consulten, het inbrengen van de infusen en de laboratoriumonderzoeken te vergoeden" in zijn brief van 16 juli 2007 en bevestigt en verduidelijkt in zijn brief van 20 december 2007 en het overgaan tot vergoeding van Ceftriaxon ®, is de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg en de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid niet meer relevant.
- 7.6. Resteert thans als onderwerp van geschil nog ten principale -los derhalve van de (omvang van) de vergoeding op basis van coulance - de aanspraak op vergoeding van de geneeskundige zorg op basis van de zorgverzekering. Aangezien het uitdrukkelijk aan de zorgverzekeraars is gelaten te bepalen door welke zorgverleners de onderhavige zorg mag worden geleverd, spitst die vraag zich verder 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. Indien deze vraag met ja wordt beantwoordt dient te worden uitgezocht of de behandelend arts van verzekerde behoort tot de groep van aangewezen zorgverleners in de zorgpolis. Indien deze vraag met ja wordt beantwoord, dient te hoogte van de vergoeding te worden vastgesteld.
- 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. De behandeling aldaar in verband met de ziekte van Lyme, behoort derhalve niet ten laste van de zorgverzekering te komen. Op grond van deze conclusie kunnen de overige vragen onbeantwoord blijven.
- 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, 27 februari 2008,



Voorzitter