

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Ceftriaxon® bij de ziekte van Lyme
Zaaknummer : 2010.00682
Zittingsdatum : 16 februari 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007 en 2008, artt. 1, 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008, art. 5 WTZi)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en AV Tand Optimaal afgesloten. Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een behandeling van de ziekte van Lyme met Ceftriaxon® (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 21 april 2008 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 29 augustus 2010 heeft verzoekster 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 november 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 november 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.8. Bij brief van 19 november 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010137254) 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 instelling waar verzoekster de zorg heeft ondergaan niet is aan te merken als een instelling als bedoeld in artikel 5 van de WTZi. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 16 februari 2011 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 februari 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 februari 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat bij haar de ziekte van Lyme is geconstateerd. Zij is onder behandeling bij een arts, die door middel van een infuus het antibioticum Ceftriaxon® toedient. Genoemd middel is een geregistreerd geneesmiddel dat behoort tot de verzekerde prestaties. De arts in kwestie is een reguliere arts, die bevoegd is het antibioticum toe te dienen. De ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten te vergoeden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar steeds nieuwe argumenten aandraagt om niet te hoeven vergoeden. De ziekte van Lyme is een erkende ziekte. Verzoekster heeft daarvoor een behandeling gevonden, die door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed. De reden dat zij bij deze arts is terechtgekomen, is dat de huisarts niet veel voor haar kon doen. De door verzoekster geconsulteerde natuurarts heeft haar doorverwezen naar de arts in kwestie.
- 4.3. Verzoekster 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 met Ceftriaxon® dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist, werkzaam in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huispraktijk. De behandelend arts van verzoekster is werkzaam bij een privékliniek, en is geen medisch-specialist. Hij is derhalve niet bevoegd de behandeling uit te voeren, zodat geen vergoeding mogelijk is ten laste van de zorgverzekering. Ook vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding.

5.2. 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.

6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 9 tot en met 30 van de zorgverzekering.

Artikel 11 van de zorgverzekering (2007 en 2008) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, werkzaam in een ziekenhuis of een medisch-specialist werkzaam buiten een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum. (...)”

8.3. Artikel 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde zorg verkrijgt bij een zorgverlener die niet door de zorgverlener is gecontracteerd. In artikel 1 lid 1 sub I onderdeel 1 Zvw wordt een instelling gedefinieerd als een instelling in de zin van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Volgens artikel 5 WTZi dient een instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub f Zvw voor die zorg een toelating te hebben van de Minister van VWS.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op de stellingen van verzoekster is de vraag allereerst of de behandeling van de ziekte van Lyme met Ceftriaxon® voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Uit het advies van het CVZ van 10 december 2010 volgt dat deze zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Niet gebleken is dat Medisch Centrum Walborg beschikt over een toelating in de zin van artikel 5 WTZi. De onderhavige zorg wordt zodoende niet uitgevoerd in een ziekenhuis, de praktijk van een medisch specialist dan wel een zelfstandig behandelcentrum als bedoeld in artikel 11 van de zorgverzekering, zodat verzoekster hierop geen aanspraak heeft.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter