



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, consulten en bloedonderzoeken bij verdenking op de ziekte van Lyme, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201602448
Zittingsdatum : 31 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Zorg 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 3 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van consulten bij een arts in Nederland, en van de door deze arts voorgeschreven bloedonderzoeken, uitgevoerd te Berlijn, Duitsland, een en ander in verband met verdenking op de ziekte van Lyme (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 oktober 2016 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 e-mailbericht van 16 februari 2017 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 van € 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 9 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017014668) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet aannemelijk is dat de LTT test bij de indicatie van verzoekster voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voorts is niet aangetoond dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de lymfocytentransformatietest. Wat betreft de consulten geldt dat verzoeker door de huisarts is verwezen naar dr. Schroeter. Niet is komen vast te staan dat hij een medisch specialist, internist of infectioloog is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 mei 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 14 juni 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. In het jaar 2014 is de echtgenoot van verzoekster gediagnosticeerd met de ziekte van Lyme. Omdat de reguliere behandelingen niet hielpen, is hij terecht gekomen bij dr. Schroeter, die voorheen werkzaam was in Maastricht, en nu is gevestigd in Urmond. Omdat verzoekster vergelijkbare klachten had, is ook zij onderzocht. Bij haar is geconstateerd dat zij eveneens de ziekte van Lyme heeft, aangezien deze ziekte overdraagbaar blijkt te zijn, hetgeen eerder niet bekend was. Recent is gebleken dat ook de dochter van verzoekster de ziekte heeft.
- 4.2. Dr. Schroeter heeft enkele bloedonderzoeken laten uitvoeren door een laboratorium in Berlijn. Verzoekster heeft de kosten van zowel de consulten bij de arts als van de bloedonderzoeken bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de betreffende kosten afgewezen. Wel zijn uit coulance bedragen van € 312,38 en € 315,41 vergoed. Genoemde bedragen zien mede op de echtgenoot van verzoekster.
- 4.3. De reden van afwijzing is volgens de ziektekostenverzekeraar gelegen in het feit dat de consulten en onderzoeken niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn en hiermee geen verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering. De consulten en onderzoeken voldoen echter aan de internationale richtlijnen op dit gebied, namelijk de ILADS- en DBG-richtlijnen. Verder geldt dat, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, voor de consulten een voorafgaande verwijzing door de huisarts heeft plaatsgevonden, namelijk in 2015. Omdat volgens verzoekster de verwijzing van de huisarts voor dezelfde klachten geldig blijft, heeft zij in 2016 in eerste instantie geen nieuwe verwijzing gevraagd, maar is zij direct teruggegaan naar de arts. Later heeft de huisarts overigens alsnog gezorgd voor de betreffende verwijzing. Dr. Schroeter heeft aan verzoekster en haar dochter antibiotica voorgeschreven, die wel door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Verzoekster vindt het vreemd dat de consulten

en bloedonderzoeken niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoen, maar de voorgeschreven medicatie wel.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij wel degelijk een verwijzing van de huisarts heeft voor de onderhavige zorg. Daarnaast heeft het Zorginstituut ten onrechte gesteld dat dr. Schroeter geen medisch specialist is, aangezien genoemde arts endocrinoloog is. Verzoekster benadrukt dat de betreffende behandeling voldoet aan de ILADS-richtlijnen en de criteria van de Deutsche Borroliose Gesellschaft. In Duitsland voldoet deze behandeling kennelijk wèl.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor de kosten van medisch-specialistische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal het bedrag dat in Nederland zou worden vergoed bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hierbij geldt dat een verwijzing nodig is van de huisarts. Omdat een geldige verwijzing van de huisarts ontbreekt, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten van het consult bij dr. Schroeter op 28 juli 2016 niet. Verder is de betreffende arts volgens de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens niet geregistreerd als medisch-specialist.

5.2. De bloedonderzoeken die zijn uitgevoerd in Berlijn betreffen immunologische testen zoals de lymfocytentransformatietest (LTT). Zoals is te lezen in het artikel 'Lyme onder de loep' van de Gezondheidsraad, blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat de LTT enerzijds niet geschikt is voor de diagnostiek van de ziekte van Lyme en anderzijds niet is gevalideerd. In de CBO-richtlijn 'Lyme' wordt het gebruik van deze test daarom afgeraden.

5.3. Vanwege onduidelijkheden die speelden rondom de vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de declaraties van 21 mei 2014 voor zowel verzoekster als haar echtgenoot alsnog onverplicht te vergoeden. Het gaat dan om een bedrag van totaal € 312,38. Ook de declaratie van de echtgenoot van verzoekster van 6 augustus 2015 ten bedrage van € 315,41 is coulantshalve door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Dit is telefonisch aan verzoekster toegelicht op 6 augustus 2015.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de primaire afwijsggrond is dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de ILADS-richtlijn, waar verzoekster naar verwijst, van een lagere evidence is dan de CBO-richtlijn. De secundaire afwijsggrond is dat de betreffende arts geen medisch specialist is, maar een basisarts.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 is gehouden 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 restitutiepolis met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

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, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), sportarts, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistent, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, sportarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg. (...)

8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. 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 de 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."

8.5. De artikelen 1.2 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat de consulten bij dr. Schroeter in Nederland hebben plaatsgevonden, zodat EG-Verordening 883/2004 buiten toepassing blijft.
Op grond van artikel 15 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. Hieronder valt ook het laboratoriumonderzoek.
Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de consulten en de uitgevoerde bloedonderzoeken in verband met de verdenking op de ziekte van Lyme voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.
Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.3. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden

opgewaarderd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

- 9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de consulten en laboratoriumonderzoeken in verband met de ziekte van Lyme is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 9 mei 2017 verwoord. De conclusie van het advies is dat op basis van de beschikbare informatie niet aannemelijk is dat de LTT test bij de indicatie van verzoekster voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Voorts is niet aangetoond dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen deze test. Wat betreft de consulten geldt dat verzoeker door de huisarts is verwezen naar dr. Schroeter. Niet is komen vast te staan dat hij een medisch specialist, internist of infectioloog is. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat vergoeding, ten laste van de zorgverzekering, van de kosten van de consulten en laboratoriumonderzoeken terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een coulancehalve vergoeding van enkele consulten van verzoekster en haar echtgenoot. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de consulten en uitgevoerde bloedonderzoeken, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 juni 2017,

P.J.J. Vonk