



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, consult en laboratoriumonderzoek bij Lyme Borreliose, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201402662

Zittingsdatum : 2 december 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering 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 OHRA Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Tandengaan 500 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 een consult en enkele bloedonderzoeken, uitgevoerd te Augsburg, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 3 en 5 oktober 2013 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 brieven van 14 november 2013, 11 februari, 5 mei, 11 juni, 8 augustus en 24 september 2014 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 30 december 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een bedrag van € 675,31 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 27 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 april 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 april 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 1 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015040164) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een langdurige behandeling met antibiotica bij PTLDS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt. Hetzelfde geldt voor de in dat kader uitgevoerde consulten, diagnostiek en behandelkosten. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2015 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 4 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 december 2015 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. Op 15 juli 2013 verwees de huisarts verzoekster naar een medisch specialist van een Lymecliniek te Augsburg, Duitsland. Verzoekster heeft een consult gehad bij deze medisch specialist, en door hem zijn enkele bloedonderzoeken uitgevoerd. Het betreft hier reguliere zorg, die volgens de Duitse sociale ziektekostenverzekering voor het grootste deel voor vergoeding in aanmerking komt.
- 4.2. De onderzoeken Elispot, CD3 en CD57 worden niet vergoed ten laste van de Duitse sociale ziektekostenverzekering. De bij verzoekster uitgevoerde onderzoeken Borrelia Elispot (€ 184,49), de CD3/CD57-test (€ 106,68), de Erlichia Elispot (€ 84,81), de Chlamydia Elispot (€ 84,81) en de Yersinia Elispot (€ 84,81) zouden in Duitsland dus niet worden vergoed. Dit betreft een totaalbedrag van € 545,60. Verzoekster heeft in totaal een bedrag van € 964,41 voor de bloedonderzoeken betaald. Indien hierop het bedrag van € 545,60 in mindering wordt gebracht, resteert een door de ziektekostenverzekeraar te vergoeden bedrag van € 418,81. Het consult bedroeg € 256,50. Ook dit bedrag dient door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed. In totaal dient de ziektekostenverzekeraar derhalve ten minste € 675,31 te vergoeden.
- 4.3. Verzoekster maakt primair aanspraak op volledige vergoeding, zijnde een bedrag van € 1.221,01, en subsidiair op een gedeeltelijke vergoeding van € 675,31.

- 4.4. Verzoekster voert verder aan dat zij goed is verzekerd voor alternatieve geneeswijzen. Indien de ziektekostenverzekeraar van mening is dat de zorg niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed, dient een vergoeding te worden verleend ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.5. Ter zitting is namens verzoekster toegelicht dat het niet ging om een verdenking op de ziekte van Lyme, want dit stond al vast. Verzoekster is in juli door haar huisarts verwezen naar Augsburg voor bloedonderzoek en langdurige behandeling met antibiotica. Dit zou volgens de ziektekostenverzekeraar geen verzekerde zorg zijn. Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen de behandeling, het consult en de bloedonderzoeken. Bovendien moet de stand van de wetenschap en praktijk internationaal worden getoetst. Dit wordt nu nationaal uitgelegd. Volgens het Duitse zorgstelsel komen de bloedonderzoeken voor vergoeding in aanmerking. Er zijn bovendien meer testen uitgevoerd dan alleen de lymfocytentransformatietesten. Verder geldt dat verzoekster in 2009 een vergoeding heeft gekregen voor behandelingen die zij in de Verenigde Staten heeft ondergaan. Daarom was sprake van gerechtvaardigd vertrouwen dat de onderhavige behandeling ook zou worden vergoed. Tot slot is namens verzoekster verwezen naar een brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 november 2013, waaruit is af te leiden dat wel een gedeeltelijke vergoeding mogelijk zou zijn.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster is door de huisarts verwezen naar de kliniek in Augsburg in verband met het bevestigen van de eerder gestelde (of vermoedelijke) diagnose chronische Lyme. Door de medisch specialist zijn onder andere verschillende Lymfocyten transformatie testen uitgevoerd. Daarnaast is het bloed uitgebreid getest, ook op andere infectueuze aandoeningen. In de nieuwe richtlijn met betrekking tot het diagnosticeren en het behandelen van de ziekte van Lyme is uitgebreide diagnostiek om nadien het aanvullende antibiotische beleid te bepalen, of de ziekte te monitoren, niet opgenomen als onderzoek dat conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Dergelijk onderzoek wordt ook in de diagnostische fase niet aangeraden op basis van medische wetenschappelijke onderzoeken. Deze eerder genoemde richtlijn en adviezen zijn gebaseerd op internationale onderzoeken naar de sensitiviteit en specificiteit van deze diagnostische test. Ook het immunologische onderzoek naar CD57 lymfocyten is op basis van de richtlijn momenteel geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.2. Het consult voldoet niet aan de voorwaarden van artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Er is geen intakeverslag met klachten, maar wel een groot aantal uitgevoerde onderzoeken die niet passen bij de werkwijze volgens de richtlijn Lyme Borreliose. Het consult vond plaats in het kader van diagnostiek die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat ook deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het betrof hierbij geen doelmatige zorg.
- 5.3. Voor de vergoeding van alternatieve geneeswijzen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering gelden andere verzekeringsvoorwaarden, waaraan niet is voldaan. Zo vallen de kosten van laboratoriumonderzoek niet onder de dekking en kan alleen een alternatieve behandeling die wordt gegeven door een alternatief genezer die is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging, voor vergoeding in aanmerking komen. De kosten kunnen dan ook niet (gedeeltelijk) ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij het eens is met het onderzoek dat door het Zorginstituut is uitgevoerd. Het zou zo kunnen zijn dat het in Duitsland verzekerde zorg is, maar dit maakt de conclusie voor de zorgverzekering niet anders. De vergoeding van het consult in de Verenigde Staten was vier jaar eerder. De ziektekostenverzekeraar ziet hierin geen aanleiding nu een vergoeding te verlenen. Het consult en het bloedonderzoek maken deel uit van een traject, dat geen verzekerde zorg betreft. Met betrekking tot de door namens verzoekster

genoemde brief merkt de ziektekostenverzekeraar op dat zowel boven- als onderaan de brief staat dat geen vergoeding wordt verleend.

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 artikel A.22. van de zorgverzekering en 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een bedrag van € 675,31 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, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"

Deze zorg omvat:

- 1. de verpleging;*
- 2. de geneesmiddelen;*
- 3. de hulpmiddelen;*
- 4. de verbandmiddelen;*
- 5. laboratoriumonderzoek . (...)"*

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:
a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
b. (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"

8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

a. de inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)"

8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. 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 van de zorgverzekering 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 en diensten.

8.8. 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.

8.9. Artikel D.7. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"D.7.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve geneeswijzen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. behandelingen die naar hun aard vallen onder uw zorgverzekering, AWBZ, of onder een ander artikel uit uw aanvullende verzekering. Het is hierbij niet van belang of u voor dat andere artikel verzekerd bent of als u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt;*
- b. experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;*
- c. laboratoriumonderzoeken in de reguliere zorg zoals in een ziekenhuis; (...)"*

Op het Vergoedingen Overzicht is het volgende geregeld:

- "Alternatieve zorg: maximaal € 1.500,- per jaar voor onderstaande zorg samen*
- Alternatieve behandelingen maximaal € 45,- per behandeldag D.7.1.*
- Alternatieve geneesmiddelen 100% D.7.2. (...)"*

8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan artikel B.9. van de zorgverzekering.

9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de diagnosestelling zoals bij verzoekster uitgevoerd vanwege de verdenking op Lyme Borreliose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.4. 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.

- 9.5. 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.
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot diagnosestelling en behandeling van Lyme Borreliose is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 4 november 2015 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op - gedeeltelijke - vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Aangezien een richtlijn bestaat voor de diagnosestelling en behandeling van Lyme Borreliose, vallen het consult en de onderzoeken naar hun aard onder de zorgverzekering. Om die reden kan hiervoor geen vergoeding worden verleend in het kader van alternatieve geneeswijzen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.8. 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 december 2015,

H.A.J. Kroon