

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek, Borrelia
Zaaknummer : 2012.00411
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

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

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 4 en TandVerzorgd 1 zijn niet in geschil, en blijven om die reden verder 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 laboratoriumonderzoek, ten bedrage van € 266,56 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 november 2011 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 28 november 2011 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 10 mei 2012 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 (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juni 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juli 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 juli 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 8 juli 2012 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juli 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 juli 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Bij brief van 28 juni 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012080686) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet was geïndiceerd voor het laboratoriumonderzoek. Bij verzoekster was onbekend of sprake is geweest van een tekenbeet, en er was geen sprake van een huidreactie. De diagnostiek lijkt te zijn aangevraagd vanwege enkele klachten. Dergelijke specifieke klachten leveren geen indicatie op voor serologisch onderzoek. Laboratoriumonderzoek naar de ziekte van Lyme is derhalve niet doelmatig. Er was evenmin reden aan te nemen dat herhaling van serologisch onderzoek na enkele weken was aan te raden in het geval van verzoekster. Daarnaast is duidelijk dat verzoekster op grond van de CBO richtlijn van oktober 2011 niet redelijkerwijs was aangewezen op een gelijktijdige serologische test, en immunoblot onderzoek en een PCR-test.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 juli 2012 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 28 juli 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 30 juli 2012 aan de wederpartij gezonden.
Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 25 juli 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 24 juli 2012 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 juli 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Op 3 oktober 2011 heeft ten behoeve van verzoekster een laboratoriumonderzoek plaatsgevonden in het Pro Health laboratorium te Weert als zijnde onderdeel van Laboratoire Vieux Majeur (LVM) te Luik.
- 4.2. Verzoekster heeft in verband met Borrelia (ziekte van Lyme) bloedonderzoek ondergaan, te weten de Borrelia serologie combi-test (C6 ELISA, Recombinant Lineblot IgG/IgM) en de Borrelia DNA bloedkweek (PCR). De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten hiervan (€ 266,56) te vergoeden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn primaire beslissing gesteld dat de nota van het onderhavige laboratoriumonderzoek niet wordt vergoed, omdat hiervoor geen vergoeding is opgenomen in de zorgverzekering. In de aanvullende zorgverzekering is evenmin een vergoedingsregeling opgenomen. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar het over een nota uit het buitenland.
- 4.4. Verzoekster verbaast zich hierover, aangezien het regulier bloedonderzoek betreft bij een erkend laboratorium in Nederland op aanvraag van de huisarts. Dergelijke kosten worden normaliter altijd vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daarom heeft zij op 9 november 2011 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Er werd haar door een medewerkster medegedeeld dat uit de nota niet kon worden opgemaakt dat het bloedonderzoek betrof. Onduidelijk was of en in hoeverre de veronderstelling dat sprake was van een buitenlandse nota heeft meegespeeld bij de afwijzing. Op aanraden van de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster de nota opnieuw ingediend, voorzien van een begeleidend schrijven met een toelichting.
- 4.5. Eind november 2011 ontving verzoekster de heroverweging. Vergoeding van de nota werd wederom afgewezen, echter ditmaal was de afwijzing gebaseerd op een geheel andere argumentatie. Er zou geen medische noodzaak voor Borrelia-diagnostiek zijn. Daarbij kwam dat onderzoek naar DNA (PCR-test) niet zinvol zou zijn voor Borrelia. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het laboratoriumonderzoek op verzoek van verzoekster aangevraagd, en is er geen overeenkomst met zowel Pro Health in Weert als het LVM in Luik.
- 4.6. Volgens verzoekster is het niet aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen in hoeverre Borrelia-diagnostiek in haar geval medisch noodzakelijk is, maar aan de huisarts. De aanvraag voor het laboratoriumonderzoek is in overleg met de huisarts tot stand gekomen. Daarmee draagt de huisarts alle verantwoordelijkheid. De huisarts achtte het van belang (en derhalve medisch noodzakelijk) om tot een uitgebreide, hooggevoelige Borrelia-test over te gaan bij het Pro Health laboratorium in Weert.
- 4.7. De Borrelia-test is tweeledig. Van de DNA-bloedkweek beweert de ziektekostenverzekeraar dat dit ongebruikelijk en ondoelmatig onderzoek is. Daarbij beroept hij zich op de CBO-richtlijn Lyme-borreliose van 2004. Dit argument van de ziektekostenverzekeraar is evenwel irrelevant, aangezien het wederom een gekleurd bedrijfsintern advies betreft, en het hier om een richtlijn gaat die aanbevelingen bevat, maar geen wet is. Voorts is laboratoriumonderzoek gelijkgesteld met huisartsenzorg, welke beide vallen onder eerstelijns zorg. Op basis van de Zvw bestaat vrije keuze voor de huisarts. Hieruit vloeit voort dat men eveneens vrij is in de keuze voor een laboratorium. Deze informatie staat tevens vermeld op de website van de ziektekostenverzekeraar.

De Europese arresten Müller-Fauré en Smits-Peerbooms onderstrepen zeer duidelijk dat men geen financiële, administratieve of organisatorische redenen kan aanhalen om het vrije verkeer en keuze te belemmeren.

4.8. Verzoekster vindt het verdacht dat de ziektekostenverzekeraar verschillende argumenten aanhaalt om vergoeding af te wijzen. De exacte reden van de afwijzing is thans nog steeds onduidelijk. In de contacten met het Pro Health laboratorium is haar meerdere malen duidelijk gemaakt dat de betreffende kosten van laboratoriumonderzoek gewoon dienen te worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar blijkt hierin afwijkend te handelen ten opzichte van andere verzekeraars in Nederland. Volgens verzoekster is dit opmerkelijk. Indien de ziektekostenverzekeraar problemen heeft met bepaalde zorgverleners, is dat een kwestie waar verzoekster buiten staat, en waarvan zij niet de dupe mag worden.

4.9. 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 heeft in principe wereldwijde dekking. Er is niet bepaald dat daarvan gebieden zijn uitgesloten. Echter, het feit dat een polis wereldwijde dekking heeft, houdt niet in dat alle zorg wordt vergoed. Zelfs in Nederland wordt zorg niet altijd en geheel vergoed. Verzoekster heeft een zorgverzekering die is gebaseerd op het natuura-model. Zij heeft in beginsel recht op zorg en niet op vergoeding van kosten. Er wordt zorg voor verzekerden ingekocht door met zorgaanbieders, met name in Nederland, maar ook in het buitenland, overeenkomsten te sluiten. Met het LVM is geen overeenkomst gesloten. Dit is verzoekster bij brief van 28 november 2011 medegedeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft contracten met alle ziekenhuizen in Nederland, alle huisartsenlaboratoria, streeklaboratoria en alle klinisch genetische centra. Verzekerden kunnen hier terecht om klachten te laten onderzoeken, diagnosticeren en behandelen. Uitgangspunt is dus dat verzoekster niet bij het LVM terecht kan voor de door haar gewenste zorg. Indien zij hier wel terecht zou kunnen, geldt een korting van 20% (artikel B3 en B18 van de zorgverzekering). Dit is echter niet het geval, en wel om de volgende redenen.

5.2. Voor vergoeding van zorg vanuit de zorgverzekering wordt bekeken of er een indicatie is voor de zorg en of de zorg doelmatig en medisch noodzakelijk is (artikel B4 en B5 van de zorgverzekering). Voor het langlopende en omvangrijke klachtenpatroon van verzoekster is het niet doelmatig serologisch onderzoek te verrichten naar *Borrelia*. Dit onderzoek bewijst hooguit dat er ooit mogelijk een *Borrelia*-infectie is geweest, en kan geen verklaring geven voor de klachten van verzoekster. Uit de CBO-richtlijn Lyme-borreliose uit 2004 volgt dat wordt aanbevolen een PCR-test alleen uit huidlaesies, gewrichtsvloeistof of hersenvocht te doen. Een PCR-test op bloed en urine voor diagnostiek van *Borrelia* is niet zinvol. Op 20 juni 2011 is reeds uitgebreid laboratoriumonderzoek verricht door de huisarts door middel van immunoassays. Als de immunoassay positief is (ELISA), wordt ter bevestiging een immunoblot uitgevoerd. Het LVM doet de immunoblot standaard, zonder af te wachten wat de immunoassay doet. De ziektekostenverzekeraar gaat er vanuit dat de immunoassays verricht door de huisarts op 20 juni 2011 negatief waren. Het is niet doelmatig deze tests vervolgens vier maanden later over te doen. Om deze reden was verzoekster in redelijkheid niet aangewezen op het onderhavige laboratoriumonderzoek.

- 5.3. Het is overigens aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden de doelmatigheid van een onderzoek vast te stellen en aan de hand daarvan te bepalen of in casu sprake is van verzekerde zorg. Dit is door de wetgever expliciet aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden. Het kostenaspect is hierbij van belang. Een dergelijke doelmatigheidsbepaling is in de polisvoorwaarden opgenomen. De ziektekostenverzekeraar is daarnaast zelf bevoegd de grenzen van de dekking aan te geven, mits uiteraard voldaan is aan wettelijke bepalingen als omschreven in de Zvw c.a. (vgl. HR 9 juni 2006, NJ 2006, 326).
- 5.4. Het onderhavige laboratoriumonderzoek is niet conform de geldende richtlijn. Artsen mogen in individuele gevallen gemotiveerd afwijken van geldende richtlijnen. Daarvan is in het onderhavige geval geen sprake, omdat immers enkel een stempel door de huisarts is gezet. Bovendien zijn de onderzoeken niet rationeel bij de ziekte van verzoekster. Het advies van de adviserend geneeskundige onderschrijft dit. Er is geen sprake van verzekerde zorg, nu de zorg niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.5. Voorts is niet gebleken van een nieuwe aanvraag voor het laboratoriumonderzoek door de huisarts (artikel B18 van de zorgverzekering). De huisarts heeft alleen een stempel gezet, en dit kan niet als een aanvraag worden beschouwd. Uit informatie verkregen van de huisarts blijkt dat hij op verzoek van verzoekster een stempel heeft gezet op de aanvraag die al was ingevuld door een derde (vermoedelijk St. Jans Kliniek). De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een bindend advies van de commissie (2009.01616). Van een aanvraag van de huisarts zelf voor onderzoek bij een niet gecontracteerde zorgverlener in België is derhalve geen sprake. Ook dit is een reden om onderhavig laboratoriumonderzoek niet te vergoeden. Dit klemmt te meer nu blijkens de factuur het onderzoek op 3 oktober 2011 heeft plaatsgevonden, terwijl verzoekster de huisarts pas weer op 21 december 2011 heeft bezocht, terwijl zij wel in september en oktober 2011 bij de genoemde St. Jans Kliniek is geweest. Verder blijkt uit de factuur van 3 oktober 2011 dat andere behandelingen hebben plaatsgevonden dan aangevraagd, waarmee voor de van de aanvraag afwijkende behandelingen ook om die reden geen sprake is van verzekerde zorg.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat op de aanvraag staat dat verzoekster het onderzoek zelf zou betalen, terwijl de mogelijkheid bestond daarop in te vullen dat "overigen" dit zouden betalen. Ook heeft verzoekster op de aanvraag een eenmalige incassomachtiging ingevuld. Het staat verzoekster uiteraard vrij het onderzoek te laten plaatsvinden voor eigen rekening. De ziektekostenverzekeraar gaat er vanuit dat dit ook zo aan haar huisarts is gecommuniceerd.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar stemt niet in met de uitleg die verzoekster aan de polisvoorwaarden geeft. Het gaat om de uitleg wat in deze onder een aanvraag moet worden verstaan. Verzoekster erkent dat het formulier niet door de huisarts is ingevuld, en dat deze alleen een stempel heeft gezet. De uitslagen zijn niet met de huisarts besproken – iets wat verzoekster ook niet ontkent –, en waren dus niet voor hem bedoeld. Ook het algemeen spraakgebruik is van belang. Bij een aanvraag wordt een verzoek gedaan. Het enkel zetten van een stempel op een door een ander ingevuld formulier kan niet als een eigen verzoek worden beschouwd. Gelet op alle omstandigheden kon verzoekster niet in redelijkheid verwachten dat sprake was van een aanvraag als bedoeld in de polisvoorwaarden, en dat de onderzoeken daarmee voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking zouden komen. De polis-

voorwaarden zijn ook niet voor meerderlei uitleg vatbaar. Daarbij komt dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een richtlijn heeft opgesteld hoe om te gaan met laboratoriumonderzoek. Uit de regels en voorschriften van de LHV blijkt dus dat onderhavige handelswijze niet als een aanvraag in de zin van de polisvoorwaarden kan worden beschouwd. Bovendien geven deze regels ter bepaling wat tot de verzekerde prestaties behoort, de stand van de wetenschap en praktijk weer.

Niet is gebleken dat in tweede instantie in België andere onderzoeken zouden hebben plaatsgevonden dan tijdens het door de huisarts in eerste instantie op 20 juni 2011 geïnitieerde onderzoek. Verder is komen vast te staan dat er in België andere onderzoeken hebben plaatsgevonden dan werden vermeld op het formulier dat door de huisarts van een stempel is voorzien.

De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar een en ander met de huisarts moet regelen is onjuist. Het is verzoekster die van de ziektekostenverzekeraar een vergoeding wenst en die een ingevuld formulier bij de huisarts heeft ingediend waarop staat dat zij een en ander zelf zou betalen. De ziektekostenverzekeraar weet niet wat verzoekster daarbij heeft medegedeeld en of de huisarts überhaupt op de hoogte is van het feit dat verzoekster de onderzoeken ten laste van de zorgverzekering vergoed wil krijgen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering.

Artikel B18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

U heeft recht op:

- huisartsenzorg, behalve de griepprik (tenzij daar een medische reden voor is),
- door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover [naam ziektekostenverzekeraar] en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

“(…)

Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee [naam ziektekostenverzekeraar] afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft huisartsen en huisartsenposten gecontracteerd. U kunt één van deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website [www.\[naam ziektekostenverzekeraar\].nl/zorgvinder](http://www.[naam ziektekostenverzekeraar].nl/zorgvinder) vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer ziektekostenverzekeraar]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [naam ziektekostenverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 80% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 80% van het bedrag dat in Nederland marktconform is."

In artikel B4 van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat om voor zorg in aanmerking te komen, er een indicatie moet zijn, hetgeen inhoudt dat een verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg, en dat die zorg doelmatig moet zijn.

- 8.3. De artikelen B4, B5 en B18 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.5. 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.
- 8.6. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Wil zorg ten laste kunnen komen van de zorgverzekering, dan dient sprake te zijn van zorg die zorgaanbieders 'plegen te bieden', en dient de zorg conform de stand van de wetenschap en de praktijk te zijn, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en

diensten. Voorts geldt dat aanspraak bestaat op laboratoriumonderzoek indien een verzekerde een indicatie heeft voor de betreffende zorg.

In het onderhavige geval is Borrelia diagnostiek uitgevoerd in het Pro Health laboratorium in Weert door een klinisch bioloog. Uit het CVZ-advies van 20 juli 2012 volgt dat verzoekster niet was geïndiceerd voor het onderhavige laboratoriumonderzoek. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.2. Aangezien verzoekster geen indicatie had voor onderhavige zorg, vormt deze geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Opgemerkt zij daarnaast dat laboratoriumonderzoek dient te worden geëntameerd door de huisarts of behandelend specialist. In het onderhavige geval kan niet worden geoordeeld dat het laboratoriumonderzoek is aangevraagd door de huisarts. Hij heeft kennelijk slechts ermede ingestemd dat het onderzoek zou worden uitgevoerd, door het zetten van een stempel naar aanleiding van een initiatief van verzoekster. Hiermee wordt derhalve niet voldaan aan hetgeen is bepaald in artikel B18 van de zorgverzekering met betrekking tot de verwijzing. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van onderhavig laboratoriumonderzoek.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter