

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
C tegen D te E, vertegenwoordigd door F te G.
Zaak : Geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoek in verband met verdenking op Lyme Borreliose
Zaaknummer : 201301240
Zittingsdatum : 15 januari 2014

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C hierna te noemen: verzekerde,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Good Care en VIP (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering) en [merknaam ziektekostenverzekeraar] tand € 700,-- afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De zorgverzekering en de verzekering [merknaam ziektekostenverzekeraar] tand € 700,-- zijn niet in geschil en blijven in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een laboratoriumonderzoek in verband met een verdenking op Lyme Borreliose (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 november 2012 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 december 2012 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 12 september 2013 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 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 19 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 november 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 november 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 december 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzekerde is in 2011 tijdens een zomervakantie in Noord-Frankrijk gebeten door een teek. Kort daarna is een bloedtest gedaan om te onderzoeken of zij was besmet met Lyme Borreliose. De uitkomst van de test was negatief, maar deze diende na verloop van enkele maanden te worden herhaald, zodat de uitslag zeker was. Verzoekster en haar echtgenoot hebben ervoor gekozen de tweede bloedtest niet door het zelfde laboratorium te laten uitvoeren, maar bij Pro Health. Dit is een gecertificeerde instelling, waar naast testen ook veel laboratoriumonderzoek wordt verricht. Voor genoemde instelling is gekozen, omdat deze zeer vooruitstrevend is in de onderzoeken naar de borrelia-bacterie. De aldaar uitgevoerde gevoelige testen bieden een duidelijker beeld dan de standaardtest. Gekozen is voor een bloedkweek, de Elisa, de Line-blot IgG en IgM, en een PeR bloedkweek. De testresultaten van de Elisa en de Line-blot gaven helaas een positief resultaat voor een vroege besmetting met Lyme Borreliose.
- 4.2. Met de huisarts is gesproken over het inzetten van een behandeling. Hierbij is ook de keuze voor Pro Health besproken. De huisarts gaf achteraf instemming voor deze onderzoeken. Het eindrapport van Pro Health is ook aan hem gezonden. Nadien heeft een behandeling met antibiotica plaatsgevonden. Daarnaast hebben verzoekster en haar echtgenoot gekozen voor alternatieve behandelingen. De ziekte van Lyme is namelijk een zeer lastig te behandelen ziekte, vanwege de wijze waarop de bacterie zich in het lichaam gedraagt.
- 4.3. Naar aanleiding van de positieve test voor Lyme Borreliose is ervoor gekozen ook een onderzoek te doen naar de aanwezigheid van Bartonella henselae en Ehrlichia. De kosten van beide onderzoeken zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.4. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat dekking voor alternatieve zorg. Verzoekster is van mening dat de bij verzekerde uitgevoerde laboratoriumonderzoeken hieronder dienen te vallen. De ziektekostenverzekeraar schrijft eerst in 2013 dat de kosten van laboratoriumonderzoeken niet onder de dekking vallen. Voorheen is hierover nooit gesproken. Ook is in de voorwaarden niet uitgelegd wat wordt bedoeld met een consult. De ziektekostenverzekeraar leest hierin een bezoek aan een arts in enge zin. In de ruime zin van het woord kan onder een consult ook worden verstaan het raadplegen van een arts aangaande het stellen van de diagnose en het vaststellen van het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om de gezondheidsklachten te behandelen. Hiervoor is het noodzakelijk laboratoriumonderzoeken te laten verrichten. Deze dienen dan ook onder de dekking te vallen.
- 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. Vanuit de zorgverzekering hebben verzekerden recht op zorg van zorgaanbieders waarmee de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Artikel 1.4 van de voorwaarden van

de zorgverzekering bepaalt dat zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt vergoed tot 80 percent van de kosten. Er moet dan wel worden gedeclareerd met verrichtingcodes of prestatiecodes, zoals deze door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vastgesteld. Aangezien Pro Health niet met deze codes declareert, is vergoeding ingevolge de zorgverzekering afgewezen. Om dezelfde reden kunnen de kosten niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed.

- 5.2. Ten aanzien van de vergoeding vanuit de verzekering VIP bestaat enige onduidelijkheid bij verzoekster. Hierover merkt de ziektekostenverzekeraar op dat ook vanuit deze verzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek dat is aangevraagd door een alternatief arts. Alleen consulten en geneesmiddelen worden vergoed.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 8 (Good Care) respectievelijk 8 (VIP) van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

- 8.2. Artikel 9.8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (Good Care) regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"9.8.1.

*De kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën worden voor 75% vergoed.
Voorwaarden voor deze vergoeding:*

- de behandeling wordt gegeven door een arts voor alternatieve geneeswijzen;*
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging die naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt;*
- de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt. (...)*

De onder 9.8.1 (...) genoemde kosten worden tot ten hoogste € 455,- per verzekerde per jaar vergoed."

- 8.3. Artikel 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (VIP) regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

*"Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen
Wij vergoeden de kosten van*

- consulten van alternatieve artsen;*
- consulten van alternatieve therapeuten;*
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.*

Wij vergoeden maximaal € 750,00 per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten met een maximum van € 50,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

(...)

- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een specifieke vereniging. De lijst met landelijk erkende beroepsverenigingen staat ter inzage op [website ziektekostenverzekeraar]."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering (Good Care) biedt dekking voor behandelingen door een alternatief arts. Een laboratoriumonderzoek wordt uitgevoerd met materiaal dat eerder bij de patiënt is afgenomen, en vindt plaats zonder dat er op dat moment contact tussen de alternatief arts en die patiënt is. Daarom kan niet worden gesproken van een behandeling in de zin van artikel 9.8.1, zodat geen aanspraak bestaat op een vergoeding op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering (VIP) biedt dekking voor consulten door een alternatief arts. Onder een consult dient te worden verstaan de raadpleging van de alternatief arts, en niet het diagnostisch onderzoek. Dit onderzoek wordt ook niet uitgevoerd door de arts, maar door een laboratorium. De alternatief arts is hiertoe zelf niet in staat of bevoegd. In onderhavig geval is zodoende geen sprake van een consult door een alternatief arts. Dat de uitkomsten van het onderzoek tijdens een consult met de alternatief arts worden besproken maakt dit niet anders.

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 januari 2014,

Voorzitter