



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,
beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, consult, onderzoek en behandeling
bij verdenking op Lyme Borreliose, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201501163

Zittingsdatum : 23 maart 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maatpolis (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 Basis 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 verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft daarom 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 een consult, een onderzoek en behandeling in verband met de verdenking op Lyme Borreliose, ondergaan te Neder-Over-Heembeek, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 november 2014 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 12 december 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 oktober 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, eventueel gedeeltelijk, 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 11 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 januari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 januari 2016 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 12 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 januari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016005334) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat langdurige behandeling met antibiotica bij PTLDS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde zorg is. 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 23 maart 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld nogmaals naar de nota's te kijken, en na te gaan welke kosten bij een behandeling in Nederland zouden zijn vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 april 2016 medegedeeld bij zijn eerdere standpunt te blijven. Een afschrift van deze reactie is op 8 april 2016 ter kennisname aan verzoekster gezonden. Bij brief van 15 april 2016 heeft verzoekster aan de commissie medegedeeld het niet eens te zijn met het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.12. Bij brief van 8 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de reactie van de ziektekostenverzekeraar gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 april 2016 de commissie medegedeeld dat de betreffende stukken 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. De behandelend arts heeft op 17 oktober 2014 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"De huidige klachten begonnen plots 13 jaar geleden met duizeligheid, verlies van evenwicht, hoofdpijn en braken. Haar toestand is nooit meer genormaliseerd. Op dit ogenblik klaagt ze over: vermoeidheid (die verergert bij fysieke inspanning), concentratie- en geheugenstoornissen, dikwijls het verkeerde woord zeggen, hoofdpijn, troebele visus, paresthesieën, duizeligheid, ijl gevoel in het hoofd, moeilijkheden om te spreken, tinnitus, verlammingen, spierzwakte, korte perioden van geheugenverlies, intolerantie voor alcohol, fasciculaties, terugkerende "griepachtige" ziekte, pijnlijke lymfeklieren, allergieën, spier- en gewrichtspijn, buikpijn, diarree, misselijkheid, darmstoornissen, winderigheid, warm voelen, nachtzweeten, palpitations, rash, haarverlies, droge ogen en mond, hoest, koude handen en voeten, afters in de mond, gingivitis, inspanningsdyspnoe en verschillende overgevoeligheden aan voedsel. (...) De anamnese, het ziekteverloop en klachten van deze patiënte en de resultaten van de laboratoriumonderzoeken passen bij een "Late Stage Lyme Disease". De verhoogde serum PGE2 en sterk verhoogde serumspiegels van pro-inflammatoire cytokiens en chemokiens ondersteunen deze diagnose. Er is een actieve chlamydia trachomatis infectie. (...)".*



4.2. Omdat men in Nederland bij verzoekster geen juiste diagnose kon stellen, is zij hiervoor uitgeweken naar België. Daar is geconstateerd dat verzoekster de ziekte van Lyme heeft. Zij is hiervoor behandeld. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten niet, omdat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Ook in Nederland zou verzoekster echter recht hebben op minimaal 30 dagen behandeling en alle onderzoeken. Verzoekster is van mening dat zij ten minste aanspraak heeft op de vergoeding, zoals die in Nederland van toepassing is. Omdat nu in het geheel geen vergoeding is verleend, kan zij de kosten bijna niet meer dragen.



4.3. Verzoekster merkt verder op dat in Nederland geen gedegen onderzoek is gedaan naar een besmetting met Lyme Borrelie. In België waren de onderzoeken hiernaar positief. Indien 15 jaar geleden een adequaat onderzoek had plaatsgevonden, had verzoekster kunnen volstaan met een kortdurende behandeling, en was de onderhavige behandeling niet noodzakelijk geweest. Bovendien behandelt de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden op deze wijze niet gelijk, door wel een vergoeding te verlenen in het beginstadium van de ziekte van Lyme, maar niet in een later stadium. Tot slot bestaan diverse onderzoeken, waaronder in de Verenigde Staten, waaruit blijkt dat een langdurige behandeling met antibiotica werkzaam is.



4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij al vijftien jaar met onduidelijke klachten liep. In Nederland kon hiervoor geen oorzaak worden gevonden. Daarom is zij uitgeweken naar België. Aldaar zijn onderzoeken verricht die anders ook in Nederland zouden zijn uitgevoerd. Uit de ELIspttest bleek de oorzaak van de klachten. Artsen in Nederland zijn over deze test enthousiast. Verzoekster concludeert dat de zorg noodzakelijk en verantwoord was. Zij vraagt om een vergoeding van de behandeling. Het gaat haar niet om de kosten van antibiotica en vitamines.



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. Verzoekster is in België behandeld in verband met "Late Stage Lyme Disease". De behandeling bestaat uit vitaminepreparaten en twee soorten antibiotica. De behandeling met vitaminepreparaten is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het zelfde geldt voor de langdurige behandeling met antibiotica, zo volgt uit de toepasselijke CBO-richtlijn. Verder geldt dat uitgebreide diagnostiek met een lymfocytentransformatietest of een CD57/CD3 telling, bij vermoeden van chronische Lyme ziekte, niet is opgenomen als onderzoek dat conform de stand van de wetenschap en praktijk is.



5.2. Aangezien de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, is aan verzoekster geen vergoeding verleend. De consulten en onderzoeken zijn uitgevoerd met het oog op de betreffende behandeling, zodat ook deze niet voor vergoeding in aanmerking komen.



5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de ELIspttest niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een en ander wordt in het advies van het Zorginstituut bevestigd.



5.4. Bij brief van 7 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de medisch adviseur alle nota's opnieuw heeft bekeken. Zij komt tot de conclusie dat geen sprake is geweest van het stelselmatig onderzoeken van een differentiaal diagnose. Er heeft ondoelmatig uitgebreid onderzoek plaatsgevonden, dat niet wetenschappelijk is onderbouwd en niet conform de CBO-richtlijn Lymeziekte is. Gelet hierop blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt dat de door verzoekster gemaakte kosten niet aan haar kunnen worden vergoed.



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 - gedeeltelijk - 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. 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. (...)"

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);
- verblijf, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek. (...)"

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

"Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)"

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

"de inhoud en omvang van 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 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 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en 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.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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 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 België, 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 de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de diagnostiek en behandeling van Lyme Borreliose die bij verzoekster hebben plaatsgevonden voldoen 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 de diagnostiek en behandeling van Lyme Borreliose, zoals deze hebben plaatsgevonden bij verzoekster, is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 15 januari 2016 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. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 11 mei 2016,



A.I.M. van Mierlo

