



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : Geneeskundige zorg, ziekte van Lyme, Oosteinde Walborg Kliniek, laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, Ceftriaxon
Zaaknummer : 201302454
Zittingsdatum : 1 oktober 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen



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

- 
- 1) E, en
2) F, beide te G,
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 Basisverzekering (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 Aanvullende verzekering Extra 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 TandExtra is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster is onder behandeling in de Oosteinde Walborg Kliniek en heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van consulten, laboratoriumonderzoeken en geneesmiddelen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 mei 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 brief van 20 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Om haar tegemoet te komen, vergoedt de ziektekostenverzekeraar uit coulance het restant van de kosten van de behandelingen tot en met 26 april 2013.
- 
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 5 november 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 
- 3.4. Bij brief van 30 januari 2014 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 stukken gevoegd.
-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2014 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 september 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 1 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014058642) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandelend arts geen medisch specialist is en het Medisch Centrum Walborg niet is aan te merken als instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen. Daarnaast merkt het Zorginstituut ten aanzien van het arrest van het Gerechtshof op dat in de betreffende kwestie de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling moest vergoeden, omdat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende had betwist dat de behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster is op 1 oktober 2014 telefonisch gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut Nederland. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gebeld op het door hem opgegeven telefoonnummer. Naar aanleiding van het voicemailbericht heeft de commissie een sms-bericht aan de ziektekostenverzekeraar gezonden en vervolgens nogmaals gebeld. De ziektekostenverzekeraar bleek evenwel niet bereikbaar.
-  3.10. Verzoekster heeft - zoals ter zitting afgesproken - de commissie informatie gezonden over de nieuwe richtlijn van ILADS (International Lyme and Associated Diseases Society). Een afschrift hiervan is op 6 oktober 2014 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.11. Bij brief van 6 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het Zorginstituut de commissie op 10 oktober 2014 verzocht om uitstel voor het indienen van het definitieve advies. Dit uitstel is door de commissie verleend. Deze termijn is verstreken zonder dat het Zorginstituut een definitief advies heeft uitgebracht. Daarom heeft de commissie op 24 november 2014 een herinnering aan het Zorginstituut gestuurd, waarin is gevraagd binnen zeven dagen te reageren. Hierbij is medegedeeld dat bij het uitblijven van een reactie het voorlopige advies als definitief wordt beschouwd. De commissie heeft hierop geen reactie ontvangen van het Zorginstituut.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster is in de Oosteinde Walborg Kliniek onder behandeling in verband met de ziekte van Lyme. De behandelend arts is een reguliere arts, die daarnaast is gespecialiseerd in de natuurgeneeskunde. Hij is ook geregistreerd in het BIG-register. De behandeling behoort tot de reguliere zorg. Alleen reguliere artsen zijn gerechtigd antibiotica toe te dienen. De kosten dienen daarom volledig te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en niet slechts

 gedeeltelijk op grond van de aanspraak op alternatieve geneeswijzen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 4.2. Verzoekster heeft in de zomer van 2012 de ziekte van Lyme opgelopen, die zich bij haar heftig heeft ontwikkeld. Haar spraak- en loopvermogen zijn zodanig aangetast dat spreken en lopen langdurig niet mogelijk zijn geweest. Medio juni 2013 zat zij nog deels in een rolstoel en was spreken lastig. Verzoekster merkt dat zij baat heeft bij de onderhavige behandeling. Zonder deze behandeling loopt haar gezondheid gevaar.

 4.3. Verzoekster verwijst naar het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 28 februari 2012 (LJN BV7524), waarbij is geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling in de Oosteinde Walborg Kliniek te vergoeden.

 4.4. Verzoekster heeft in december 2012, voorafgaand aan de behandeling, telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd of de kosten van de behandeling door de betrokken arts in de Oosteinde Walborg Kliniek worden vergoed. De betreffende medewerkster heeft geantwoord: "Ja, want hij staat in het register, dus het wordt vergoed." Helaas heeft verzoekster de naam van de betreffende medewerkster niet genoteerd.

 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat uit een arrest blijkt dat moet worden gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk in de ontwikkelde landen. De ziektekostenverzekeraar gaat uit van de richtlijnen uit 2013. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de ontwikkelingen in landen als Duitsland en de Verenigde Staten, die op dit punt verder zijn. Dat Nederland achterloopt, blijkt uit het Kamerdebat. Toen is vastgesteld dat er een nieuw expertisecentrum zou moeten komen. Inmiddels is dit er ook, in Nijmegen. Aldaar vindt ook langdurige behandeling met antibiotica plaats. Sinds september 2014 is er een nieuwe ILADS-richtlijn die wordt onderschreven door de WHO. Verzoekster zal de vindplaats van deze richtlijn aan de commissie sturen. Volgens deze richtlijn moet per patiënt worden bekeken of al dan niet langdurig behandeld moet worden met antibiotica. Bij verzoekster is door een gerenommeerde kliniek in Duitsland vastgesteld dat zij langdurig met antibiotica moet worden behandeld.

 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. De behandelend arts is geen huisarts of medisch specialist zoals bedoeld in de zorgverzekering, maar een basisarts. De zorgverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling door een basisarts. Daarom komen de onderhavige kosten niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Omdat de arts lid is van de Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde, vakgroep natuurgeneeskunde, zijn de nota's deels vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 5.2. Verzoekster beroept zich op het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 28 februari 2012. Dit arrest geldt alleen tussen de partijen in die specifieke procedure. De ziektekostenverzekeraar is derhalve niet gebonden aan dit arrest. Bovendien blijkt uit de CBO-richtlijn Lymeziekte, die is uitgebracht ná voornoemd arrest, dat het gebruik van Ceftriaxon enkel wordt aanbevolen voor een beperkt aantal indicatiegebieden, met name neuroborreliose. Bij verzoekster is evenwel geen sprake van neuroborreliose. Het advies van de Gezondheidsraad 'Lyme onder de loep' uit 2013 vermeldt dat er geen aanwijzingen zijn dat langdurige behandeling met antibiotica meer effect heeft dan de standaardbehandelingen. Gezien het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de polisvoorwaarden. Daarnaast is de langdurige behandeling met antibiotica ondoelmatig. De zorgverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van ondoelmatige zorg.



- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft niet kunnen achterhalen welke informatie is verstrekt in het door verzoekster aangehaalde telefoongesprek. De ziektekostenverzekeraar zal uit coulance het niet-vergoede deel van de reeds ingediende nota's van de Oosteinde Walborg Kliniek vergoeden. Het betreft hierbij behandelingen die tot en met 26 april 2013 hebben plaatsgevonden. Aan deze coulanceregeling kunnen geen verdere rechten worden ontleend.



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



6. De bevoegdheid van de commissie



- 6.1. Gelet op artikel 24 van de algemene bepalingen van de zorgverzekering, die ook gelden voor 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van consulten, laboratoriumonderzoeken en geneesmiddelen in verband met een behandeling in de Oosteinde Walborg Kliniek, 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 de 'dekking per zorgvorm' van de zorgverzekering.



- 8.3. Onder het kopje 'huisartsenzorg' van de 'dekking per zorgvorm' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op deze zorg bestaat en de betreffende tekst luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op de vergoeding van kosten van huisartsenzorg. Huisartsenzorg omvat zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. (...)"



- 8.4. Onder het kopje 'medisch specialistische zorg' van de 'dekking per zorgvorm' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op deze zorg bestaat en de betreffende tekst luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden. (...)"



- 8.5. Onder het kopje 'geneesmiddelenzorg' van de 'dekking per zorgvorm' van de zorgverzekering staan de voorwaarden voor deze zorg vermeld. De betreffende tekst luidt, voor zover hier van belang:

"• de geregistreeerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 (maar niet in bijlage 2) van de Regeling zorgverzekering;

• de geregistreeerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bevat per geneesmiddel extra



voorwaarden voor de levering van het geneesmiddel. U heeft alleen recht op de vergoeding van kosten van deze geneesmiddelen als is voldaan aan de voorwaarden die voor het betreffende geneesmiddel zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;

- de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen, als sprake is van rationele farmacotherapie:
- geneesmiddelen die door of in opdracht van de apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid (magistrale bereidingen);
- geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die onder zijn toezicht bestemd zijn voor gebruik door u, als:
- deze geneesmiddelen in Nederland zijn bereid door een fabrikant met een vergunning voor het bereiden van geneesmiddelen op grond van de Geneesmiddelenwet en zijn bereid volgens de specificaties van die arts; of
- deze geneesmiddelen in de handel zijn in een andere EU-, of EER-land of in een derde land en op verzoek van die arts binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht, als u aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

(...)"

8.6. In artikel 8 van de algemene bepalingen van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

8.7. Artikel 8 van de algemene bepalingen van de zorgverzekering en de bepalingen van de 'dekking per zorgvorm' zijn volgens artikel 2 van de algemene bepalingen van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv. 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.9. 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.

8.10. Onder het kopje 'alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen' van de 'dekking per zorgvorm' van de zorgverzekering staan de voorwaarden voor deze zorg vermeld. De betreffende tekst luidt, voor zover hier van belang:

"Maximaal € 250,-- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Alternatieve geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische middelen die zijn opgenomen in de Z-index. Via www.cbmg-meb.nl onder het kopje 'geneesmiddeleninformatiebank voor mensen' kunt u opzoeken of het middel in de Z-index is opgenomen.

(...)

Let op: de zorgaanbieder moet voldoen aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders'.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de door verzoekster in de Oosteinde Walborg Kliniek gestarte behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals 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 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.3. 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.
- 9.4. De commissie is niet gebleken dat de onderhavige behandeling inmiddels voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze behandeling is daarom geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

- 9.5. Verzoekster stelt dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, hetgeen volgens haar wordt bevestigd door het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 28 februari 2012 (LJN BV7524). In dit arrest heeft het Gerechtshof het volgende overwogen: *"Voorts heeft [appellant] voldoende onderbouwd en [naam verzekeraar] niet gemotiveerd betwist, zodat vaststaat dat deze behandeling niet alleen door [behandelaar] in Nederland (al zou hij de enige zijn) maar ook in Duitsland, België, Frankrijk en in de Verenigde Staten op gevallen als het zijne wordt toegepast. Daartegenover heeft [naam ziektekostenverzekeraar] zich ertoe beperkt om de door [appellant] overgelegde documenten in twijfel te trekken, echter zonder zelf medische (onderzoeks-)gegevens in het geding te brengen. Op die grond heeft [naam verzekeraar] in deze specifieke procedure onvoldoende gemotiveerd betwist dat de behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en ook in meerdere ontwikkelde landen wordt toegepast."*
- 9.6. Anders dan in het door het Gerechtshof Amsterdam beoordeelde geval heeft de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige procedure wél voldoende betwist dat de in het geding zijnde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het beroep op voornoemd arrest kan verzoekster daarom niet baten. Daarnaast merkt de commissie op dat de Rechtbank Gelderland op 12 februari 2014 (ECLI:NL:RBGEL:2014:1412) heeft geoordeeld dat in die procedure niet is komen vast te staan dat de behandeling in de Oosteinde Walborg Kliniek, zoals deze ook bij verzoekster is toegepast, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 9.7. Gelet op het voorgaande is de conclusie dat de in de Oosteinde Walborg Kliniek bij verzoekster toegepaste behandeling van de ziekte van Lyme niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat deze zorg geen verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering.
- 9.8. Ten aanzien van de door verzoekster nagezonden nieuwe richtlijn van ILADS constateert de commissie dat deze dateert van september 2014. Aangezien het geschil betrekking heeft op het jaar 2013, is deze richtlijn voor de onderhavige kwestie niet relevant en heeft deze geen invloed op de uitkomst van het geschil.
- 9.9. Nu vaststaat dat de onderhavige behandeling geen verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering, behoeven de vragen of de behandelend arts is aan te merken als medisch specialist, en of de Oosteinde Walborg Kliniek is aan te merken als toegelaten instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen, niet meer te worden beantwoord.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van maximaal € 250,-- voor alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen tezamen. Deze aanspraak is tussen partijen niet in geding, zodat deze thans niet hoeft te worden besproken.

Werking privaatrecht

- 9.11. Verzoekster heeft gesteld dat zij voorafgaand aan de behandeling telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar heeft nagevraagd of de hiermee gemoeide kosten worden vergoed. Volgens haar is deze vraag positief beantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 20 augustus 2013 medegedeeld dat zij geen aanspraak heeft op de onderhavige zorg, maar dat hij haar uit coulance tegemoet komt door het restant van de kosten van de behandeling tot en met 26 april 2013 te vergoeden. De commissie overweegt dat onvoldoende aannemelijk is geworden dat de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster eenduidig en onvoorwaardelijk heeft toegezegd dat de onderhavige kosten volledig zouden worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Met name heeft verzoekster niet kunnen aangeven wanneer en met wie zij het gesprek heeft gevoerd. Dat de ziektekostenverzekeraar er desalniettemin voor heeft

 gekozen verzoekster het voordeel van de twijfel te geven en daarom de behandelingen tot en met 26 april 2013 alsnog uit coulance aan verzoekster te vergoeden, is hierbij niet van belang.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2014,











 Voorzitter