



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en  
E te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoeken, stand wetenschap en praktijk, Lyme Borreliose  
Zaaknummer : 201202348  
Zittingsdatum : 2 april 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

1.1. Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

- 1) C te D, en
- 2) E te F,

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 Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis 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 door verzoekster afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil, en blijft 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 consulten van dr. De Meirleir te Neder-Over-Heembeek, België, en van de laboratoriumonderzoeken die op voorschrift van deze arts zijn uitgevoerd (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 3 juli, 19 juli, 8 september, 18 september, 30 oktober en 15 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 brieven van 24 juli en 14 november 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 29 april 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 zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Op 6 juni 2013 heeft verzoekster de commissie telefonisch verzocht de behandeling van de onderhavige kwestie aan te houden, omdat zij nog aanvullende informatie wilde aanleveren, welk verzoek is gehonoreerd. Bij brief van 25 juli 2013 heeft de commissie verzoekster eraan herinnerd dat de aanvullende informatie nog niet was

ontvangen. Bij brieven van 18 en 22 augustus 2013 heeft verzoekster de betreffende informatie aan de commissie gezonden.

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 december 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 december 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 januari 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 9 december 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013152572) 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 onderhavige diagnostiek en behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 maart 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 2 april 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 april 2014 heeft de commissie het CVZ afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting overgelegde stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het CVZ bij brief van 15 april 2014 de commissie medegedeeld dat ook vóór 2013 sprake was van een CBO-richtlijn waarbinnen de diagnostiek en behandeling zoals geboden door prof. De Meirleir niet is opgenomen. De reden voor de update van de oude CBO-richtlijn was mede vanwege de publicatie van de 'ILADS-richtlijn'. Het CVZ handhaaft daarom het voorlopig advies, omdat de gevraagde zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 17 april 2014 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft op 22 april 2014 op het definitieve CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft verzoekster op 16 april 2012 verwezen naar dr. De Meirleir. Deze arts schrijft in het medisch attest van 22 augustus 2013 dat verzoekster in mei 2012 voor het eerst bij hem op consult is geweest in verband met een uitgebreid, chronisch klachtenpatroon. Hij heeft voor haar specifieke onderzoeken aangevraagd om de oorzaak van haar klachten te achterhalen en zo een adequate behandeling te kunnen instellen. Uit de onderzoeken is gebleken dat verzoekster lijdt aan een chronische Borrelia (ziekte van Lyme). De behandelduur is lang, ongeveer anderhalf tot twee jaar, maar zorgt voor 70 tot 100 percent herstel.
- 4.2. Verzoekster heeft een laag inkomen en is daarom niet in staat de kosten van de consulten en laboratoriumonderzoeken zelf te dragen. Zij verzoekt daarom deze kosten uit coulance te vergoeden.
- 4.3. Dr. De Meirleir staat bekend als cardioloog en internist, en is dus een arts. Daarom vraagt verzoekster de kosten te vergoeden.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij verzoekt om vergoeding van de kosten die gemaakt zijn om de diagnose vast te stellen. Ter aanvulling heeft zij aangevoerd dat de betreffende onderzoeken hebben plaatsgevonden vanaf mei 2012. Op dat ogenblik was de afwijzing op grond van de zogenoemde PCR-methode niet geldig. De betreffende richtlijn is pas ingevoerd medio 2013, en kan daarom niet worden gebruikt om de

gevraagde vergoeding af te wijzen. Bovendien blijkt uit het medisch attest dat het onderzoek zeer uitgebreid is geweest en dat niet alleen PCR-onderzoek heeft plaatsgevonden.

Verzoekster merkt op dat de richtlijn van 2012 kennelijk niet goed was geformuleerd, aangezien deze in 2013 is herzien. Om die reden moet de richtlijn van 2012 niet van toepassing worden verklaard, en blijft haar eerdere stelling in tact.

Verzoekster heeft gedurende lange tijd, vanaf 1982, geprobeerd via de huisarts en door middel van bloedonderzoek te achterhalen waardoor haar klachten werden veroorzaakt. Dit heeft nooit iets opgeleverd en de conclusie was dat het tussen haar oren zat en dat zij zich aanstelde. Hiermee heeft zij zich niet kunnen verenigen. Verzoekster heeft op 15 maart 2013 tijdens een congres veel van haar klachten teruggezien in een toespraak die dr. De Meirleir hield. Dit heeft haar doen besluiten zich voor onderzoek tot deze arts te wenden. De onderzoeken die in opdracht van deze arts zijn uitgevoerd, resulteerden in de diagnose 'ziekte van Lyme' en een hierop gerichte aanbeveling tot behandeling.

4.5. In reactie op het definitieve CVZ-advies deelt verzoekster mede dat zij de in dit advies gestelde toepassing van de nieuwe CBO-richtlijn met ingang van medio 2013 geenszins bestrijdt. De oude richtlijn, welke in casu van toepassing is, dateert uit 2008 en heeft slechts de status van concept. Deze is (met herzieningen) op 16 juli 2013 definitief geworden. Het is in dit verband ook voor de hand liggend dat de diagnostiek, zoals door dr. De Leirleir is toegepast, niet in de oude concept-richtlijn uit 2008 is opgenomen. Gezien het karakter van een niet-definitieve conceptrichtlijn is er geen basis voor de afwijzing van het verzoek. Verzoekster heeft ter onderbouwing van haar standpunt een artikel van het RIVM van 16 juli 2013 in de procedure gebracht, waarin wordt medegedeeld dat de herziening van de multidisciplinaire richtlijn Lymeziekte uit 2008 definitief is geworden.

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. In artikel 2.4 van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van zorg mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De ziektekostenverzekeraar moet bij de beoordeling van het recht op vergoeding toetsen of de betreffende zorg een verzekerde prestatie is. Voor de behandeling zoals deze door dr. De Meirleir plaatsvindt, bestaat geen wetenschappelijk bewijs. Ook is geen sprake van verantwoorde en adequate zorg. Daarnaast geldt dat de gehele behandeling moet voldoen aan de door de wetenschap en praktijk gestelde eisen of verantwoorde en adequate zorg moet zijn om voor vergoeding in aanmerking te komen ten laste van de zorgverzekering. Daarom kan de ziektekostenverzekeraar ook de diagnostische onderzoeken die dr. De Meirleir heeft laten uitvoeren, en die in beginsel wel tot de verzekerde zorg behoren, toch niet vergoeden.

5.2. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster baat heeft bij de onderhavige behandeling, maar aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie, kan het feit dat de behandeling goed bij verzoekster is aangeslagen niet leiden tot een andere uitkomst.

5.3. De nota van € 60,-- voor het consult op 4 september 2012 en de laboratoriumnota van € 22,27 van 4 september 2012 zijn per vergissing vergoed. De vergoeding van € 22,27 is hierbij met het openstaande eigen risico verrekend. Bij brief van 14 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het eigen risico niet zal worden gecorrigeerd. De verleende vergoeding blijft derhalve meetellen voor het eigen risico over 2012. Het bedrag van € 60,-- is aan verzoekster uitgekeerd en zij hoeft dit niet terug te betalen. Aan deze ten onrechte verleende vergoedingen kan verzoekster echter geen rechten ontleen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding voor het toekennen van een coulancevergoeding.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de betreffende richtlijn inderdaad in 2013 is ingevoerd. Echter, daarvoor gold deze ook al, zij het in een andere vorm. Ook onder de werking van de vorige richtlijn voldeed de onderhavige behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op dit gebied is niets veranderd.

Verzoekster komt niet in aanmerking voor een coulancevergoeding, omdat geen sprake is van een zeer uitzonderlijke situatie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, die ook van toepassing is op 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 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de zorgverzekering.

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

*"Wij vergoeden de kosten van:*

*- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;*

*- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.*

*(...)"*

8.3. In artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg, zoals in de zorgverzekering omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.4. In artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:*

*– zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*

*– zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*

*– vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [naam ziektekostenverzekering] tot maximaal:*

*– wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*

*– het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*

*– wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

*(...)"*

- 8.5. De artikelen 2.4 en 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 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 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.
- 8.7. 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.
- 8.8. 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, te weten 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. Zij 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 19 van de zorgverzekering.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door verzoekster bij dr. De Meirleir gestarte behandeling (in casu het onderzoek op grond waarvan de diagnose is vastgesteld) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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.

- 9.4. 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.

- 9.5. Het CVZ heeft in zijn advies van 29 januari 2014 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat de onderhavige behandeling, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Nu de behandeling niet tot de verzekerde prestaties behoort, bestaat evenmin aanspraak op vergoeding van de in het kader hiervan uitgevoerde onderzoeken. Daarom komen ook deze kosten op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.
- 9.6. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat het verzoek moet worden toegewezen, omdat de richtlijn uit 2008 een concept-richtlijn is die pas op 16 juli 2013 definitief is geworden, overweegt de commissie het volgende. Verzoekster baseert zich voor deze stelling blijkbaar op het door haar overgelegde artikel van het RIVM van 16 juli 2013. Dit artikel vermeldt dat een herziening van de multidisciplinaire richtlijn Lymeziekte uit 2008 heeft plaatsgevonden. Voorts is vermeld dat: "De conceptversie van deze richtlijn werd al langer gebruikt. Deze is nu definitief." Anders dan verzoekster concludeert de commissie hieruit niet dat de richtlijn uit 2008 een conceptversie is, maar dat de richtlijn uit 2008 is herzien en dat de conceptversie - van de richtlijn die in 2013 definitief is geworden - al langer werd gebruikt. Ook anderszins is de commissie niet gebleken dat de richtlijn uit 2008 een conceptversie was welke ten tijde van de genoten zorg geen werking zou hebben. Daarom kan deze stelling van verzoekster niet leiden tot toewijzing van het gevraagde.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Coulance**




9.8. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.




### **Conclusie**

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 14 mei 2014,



Voorzitter

