



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Alkmaar
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, onderzoek en behandeling van
Late Stage Lyme Disease, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201601360
Zittingsdatum : 5 april 2017

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

(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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Natura (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 Aevitae Vip Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op onderzoeken en behandelingen in verband met 'Late Stage Lyme Disease', uit te voeren te Neder-Over-Heembeek, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 januari 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 e-mailberichten van 6 maart 2014 en 18 januari 2016 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 31 oktober 2016 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. 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 9 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 februari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord. Op 3 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld alsnog telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 9 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017007119) 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 bij verzoekster uitgevoerde onderzoeken en behandelingen in verband met 'Late Stage Lyme Disease' geen zorg zijn conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 april 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 in Neder-Over-Heembeek, prof. dr. De Meirleir, heeft op 28 april 2014 ten aanzien van verzoekster verklaard:
- "De huidige klachten zijn plots begonnen 4 jaar geleden; ze voelde zich onwel, verloor op korte tijd 5 kg in lichaamsgewicht, had haaruitval, opgezette lymfeklieren en verminderde spierkracht. Op dit ogenblik klaagt ze over: vermoeidheid (die verergert bij fysieke inspanning), concentratiestoornissen, dikwijls het verkeerde woord zeggen, hoofdpijn, troebele visus, paresthesieën, duizeligheid, ijl gevoel in het hoofd, tinnitus, spierzwakte, intolerantie voor alcohol, niet-herstellende slaap, fasciculaties, pijnlijke lymfeklieren, allergieën, gewichtsdeling, spier- en gewrichtspijn, buikpijn, misselijkheid, darmstoornissen, winderigheid, palpitations, frequent urineren, haarverlies, droge ogen en mond, koude handen en voeten, verschillende overgevoeligheden aan voedsel en de symptomen verergeren bij extreme temperaturen. (...) De anamnese, het ziekteverloop en klachten van deze patiënte en de resultaten van haar laboratoriumonderzoeken passen bij een "Late Stage Lyme Disease". De verhoogde PGE2, lage C4a en hoge CRP ondersteunen deze diagnose. Ze vertoont ook een intestinale dysbiose.*
- Als behandeling stel ik voor:*
- Week 1-6:*
- Rocephine 2 gram in 100 ml fysiologische oplossing I.V., 4 opeenvolgende dagen per week (inlooptijd: 45 min.)
- Week 7-12:*
- Azithromycine 500 mg in 500 ml fysiologische oplossing I.V., 3 opeenvolgende dagen per week (inlooptijd: 3 uren)
- Week 1-12:*
- VSL-3, 1 's avonds
 - Hydroxycobalamine 10 mg, 2 x 1/week I.M. (Sterop) (CNK 0048-454)
 - Lactoferrin Complex, 2 x 1/dag
 - Omega 3, 2 x 2/dag

- Choline-DHA, 2 x 1/dag
- 4ME, 2 cc. S.C./dag
- 2 l vochtinname per dag (...)"

- 4.2. Bij verzoekster is omstreeks 2013 de diagnose Myalgische Encefalomyelitis/Chronisch Vermoeidheidssyndroom (ME/ CVS) gesteld. Door deze aandoening wordt het functioneren van verzoekster ernstig beperkt. In haar zoektocht naar mogelijke behandelingen stuitte zij vaak op instellingen die zich met name richten op symptoombestrijding. De instelling 'Himmunitas' onder leiding van prof. dr. De Meirleir vormde hierop een uitzondering, aangezien de door hem toegepaste behandeling is gericht op de oorzaak van de aandoening. Verzoekster heeft toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar zich te mogen wenden tot genoemde arts voor behandeling. Deze werd evenwel geweigerd. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het gaat om een privékliniek, en dat verzoekster de behandeling daarom niet vergoed krijgt. Na heroverweging is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de onderhavige zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat in eerste instantie een onjuiste afwijzingsgrond is genoemd. Het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden juist te informeren. Bovendien heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd naar alternatieven, die echter niet werden geboden. Verzoekster werd door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een onafhankelijke website en naar haar huisarts. De ziektekostenverzekeraar is hierbij tekort geschoten in zijn zorgplicht. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en beroept zich hierbij op een advies en een standpunt van het Zorginstituut die dateren van na de aanvraag. Voor zover deze documenten al toepasbaar zijn in de situatie van verzoekster, kan de ziektekostenverzekeraar zich hierop niet beroepen. Daarnaast zijn er nieuwe ontwikkelingen in de rechtspraak, waarbij de rechter heeft geoordeeld dat behandelingen vergelijkbaar met de behandeling die verzoekster bij prof. dr. De Meirleir heeft ondergaan, wel degelijk voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (vgl. Rechtbank Gelderland, 26 mei 2016, JGR 2016/25 en Rechtbank Gelderland 22 juli 2015 (ECLI:NL:RBGEL:2015:4913)). De ziektekostenverzekeraar suggereert dat prof. dr. De Meirleir voornamelijk bloedonderzoeken uitvoert. Naast een uitgebreid bloedonderzoek hebben ook een uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek plaatsgevonden gedurende twee dagen. Ook zijn de adem, urine en ontlasting van verzoekster onderzocht. De laboratoriumonderzoeken zijn uitgevoerd door gecertificeerde laboratoria. Op basis van alle gegevens is de behandelend arts tot zijn diagnose en behandelplan gekomen. Verzoekster heeft zich, nadat de ziektekostenverzekeraar haar niet verder kon helpen, gewend tot de polikliniek Lyme in Nijmegen. Daar werd zij vanwege een capaciteitsprobleem geweigerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar had de weigering daarentegen als achtergrond dat geen sprake was van een klinische meerwaarde voor behandeling in de Lyme-kliniek. Dit neemt echter niet weg dat verzoekster in Nederland niet terecht kon voor een behandeling van haar ziekte. Bovendien volgt uit de beoordeling "geen klinische meerwaarde" dat de behandeling bij prof. dr. De Meirleir net zo goed is als de behandeling bij de Lyme-kliniek in Nijmegen. Verder merkt verzoekster op dat de behandeling tot positieve resultaten heeft geleid. Waar verzoekster voorheen veel lichamelijke klachten had en aan bed was gekluisterd, is zij inmiddels dusdanig herstellende dat zij weer een relatief normaal leven kan leiden, zij haar universitaire studie heeft opgepakt en op bescheiden niveau weer aan het sporten is. De kosten voor de behandeling zijn inmiddels opgelopen tot € 27.673,54.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut is gebaseerd op de ILADS-richtlijn, waarbij langdurige antibiotica wordt voorgeschreven, maar het Zorginstituut komt vervolgens tot de conclusie dat het langdurig gebruik van antibiotica bij deze indicatie niet is bewezen. Verder zou er een relatie zijn tussen CVS en de ziekte van Lyme. Verzoekster is bij een arts in Genk geweest die de diagnose CVS heeft gesteld. Met deze diagnose is zij teruggegaan naar

Nederland, en hier kon geen behandeling worden gegeven. Prof. dr. Meirleir heeft later de diagnose Late Stage Lyme Disease gesteld, zodat de eerdere diagnose niet juist was.

Verzoekster is tweemaal geopereerd, maar hierbij heeft geen bloedtransfusie plaatsgevonden. Ook is niet bekend of zij een tekenbeet heeft gehad. Er zou volgens de ziektekostenverzekeraar niet genoeg zijn gedaan om gebruik te maken van de reguliere gezondheidszorg, maar in Nederland is nooit een diagnose gesteld ten aanzien van het vermoeidheidsprobleem van verzoekster. Op 26 december 2015 heeft het Zorginstituut een standpunt ingenomen over Late Stage Lyme Disease, met als conclusie dat de behandeling toegevoegde waarde moet hebben. Omdat verzoekster baat heeft gehad bij de behandeling, is aan dit criterium voldaan.

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. Het Zorginstituut heeft op 26 oktober 2015 een standpunt uitgebracht met betrekking tot de langdurige behandeling met antibiotica bij PTLDS (Post Treatment Lyme Disease Syndrome), waarbij ook is gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing van de ILADS (International Lyme and Associated Diseases Society) richtlijn. De conclusie van het Zorginstituut is dat langdurige behandeling met antibiotica bij PTLDS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

Op 15 januari 2016 heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht met betrekking tot een behandeling in de Himmunitas Kliniek. De conclusie van prof. dr. De Meirleir was ook in die kwestie dat sprake was van 'Late Stage Lyme Disease'. Om tot deze conclusie te komen, waren uitvoerige laboratoriumonderzoeken uitgevoerd. De behandeling bestond uit het toepassen van verschillende soorten antibiotica en diverse vitaminepreparaten. Het Zorginstituut heeft in het advies geconcludeerd dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is.

5.2. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij niet is tekort geschoten in zijn zorgplicht. Een vergelijkbare behandeling, zoals toegepast door prof. dr. De Meirleir, bestaat niet in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft gedaan wat in zijn macht lag om verzoekster verder te helpen, maar een vergelijkbaar alternatief kon niet worden geboden. Daarom is verzoekster verwezen naar haar huisarts, zodat deze kon nakijken welke reguliere ziekenhuizen soortgelijke bloedonderzoeken verrichten. Dit was helaas niet voldoende voor verzoekster, aangezien zij op zoek was naar een vergelijkbare behandeling. De verwijzing naar de algemene website www.kiesbeter.nl had evenwel niet moeten worden gedaan. Ook is de afwijsggrond in de eerste beslissing van 7 januari 2014 niet volledig, waarvoor de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aanbiedt. Dit doet echter niet af aan het feit dat verzoekster direct is geïnformeerd dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.

5.3. Na ontvangst van de afwijzing heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar op 10 februari 2014 medegedeeld dat zij op 12 februari 2014 de behandeling start, en ervan uitgaat dat deze behandeling wordt vergoed. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 6 maart 2014 nogmaals uitgelegd waarom de behandeling niet kan worden vergoed, en is verzoekster wederom verwezen naar haar huisarts of medisch specialist. Verzoekster heeft medegedeeld te kiezen voor haar gezondheid en de verdere discussie met de ziektekostenverzekeraar te staken. De ziektekostenverzekeraar respecteert deze beslissing, maar dit vormt geen reden over te gaan tot vergoeding.

Na de afwijzing van 6 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar tot 31 december 2015 niets meer van verzoekster vernomen. Wel is in de tussentijd een coulancevergoeding verleend van € 1.000,- via de collectiviteit van de echtgenoot van verzoekster. Hieraan kan verzoekster geen verdere rechten ontlenen.

Eerst op 31 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar vernomen dat verzoekster zich met de diagnose van prof. dr. De Meirleir had gewend tot de Lyme-kliniek in Nijmegen. Indien verzoekster de ziektekostenverzekeraar hierover eerder had geïnformeerd, had deze een poging tot zorgbemiddeling kunnen doen.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald, en opgemerkt dat dit standpunt door het Zorginstituut wordt onderschreven.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van 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 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 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Een overzicht van de door VGZ gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee VGZ voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)"*

8.5. Artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...) De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

8.6. De artikelen 1.2, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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 of 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.

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.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.

9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door prof. dr. De Meirleir uitgevoerde onderzoeken en behandelingen bij de diagnose 'Late Stage Lyme Disease' voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als 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 onderzoekopzet, 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. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de door prof. dr. De Meirleir uitgevoerde onderzoeken en behandelingen in het kader van 'Late Stage Lyme Disease' is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 9 maart 2017 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. Aangezien het niet gaat om een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, is de toestemming in het kader van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 terecht geweigerd. Tevens heeft verzoekster geen aanspraak op de onderhavige zorg ten laste van de zorgverzekering. De door verzoekster aangehaalde jurisprudentie kan niet leiden tot een ander oordeel.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de bij verzoekster uitgevoerde onderzoeken en behandelingen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Zorgplicht

- 9.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar is tekort geschoten in zijn zorgplicht door enerzijds een onjuiste afwijzingsgrond te vermelden in zijn eerste beslissing van 7 januari 2014 en anderzijds verzoekster niet te begeleiden naar een vergelijkbare, alternatieve behandeling in Nederland. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 7 januari 2014 aan verzoekster medegedeeld dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door prof. dr. De Meirleir voorgestelde onderzoeken en behandelingen, op de grond dat het gaat om een privékliniek. Verzoekster was derhalve vanaf de eerste brief ervan op de hoogte dat de kosten van de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dat de afwijzingsgrond nadien is gewijzigd, maakt niet dat aanspraak op vergoeding van de onderhavige zorg ontstaat, in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. De vergissing van de ziektekostenverzekeraar kan niet worden aangemerkt als schending van de zorgplicht.
- 9.9. Voor zover het gaat om de begeleiding naar een alternatief geldt dat het niet de taak van de ziektekostenverzekeraar is verzekerden te adviseren over een behandeling. De verwijzing naar de huisarts van verzoekster dan wel naar een medisch specialist was derhalve de enige mogelijkheid die de ziektekostenverzekeraar had om verzoekster te helpen. Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten bemiddelen naar alternatieve zorg vanwege de wachtlijst bij de Lyme-kliniek in Nijmegen, geldt ten eerste dat zij de ziektekostenverzekeraar niet tijdig op de hoogte heeft gesteld van het bestaan van een wachtlijst aldaar, en ten tweede dat de betreffende kliniek haar de behandeling niet heeft geweigerd vanwege een wachttijd, maar vanwege het feit dat behandeling in het geval van verzoekster geen klinische meerwaarde heeft. Gelet op het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht niet geschonden.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2017,



A.I.M. van Mierlo

