



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en
ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Amersfoort

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, onderzoek en behandeling van Lyme-borreliose,
stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201701621

Zittingsdatum : 20 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016-2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van respectievelijk de Amersfoortse Zorgverzekering Flexibel 2016 en de Amersfoortse Restitutie 2017 (hierna: de zorgverzekering), verzekeringen als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvulling Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zorg die samenhangen met het onderzoek en de behandeling van de ziekte van Lyme door het 'Institut für Medizinische Diagnostik' te Berlijn-Potsdam in Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de ingediende nota's van de Adler Apotheke te Reinbach, Duitsland, te vergoeden voor zover deze zien op de geneesmiddelen Minocycline en Azithromycine. Voor het overige handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere beslissingen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 5 januari 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden

op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch of in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018029612) 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 patiënten met post-treatment Lyme disease syndroom niet effectief is en daarom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen te verzekeren zorg is in het kader van de Zvw. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 juni 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 25 juni 2018 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 26 juni 2018 de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend medisch specialist in Duitsland heeft op 14 november 2016 over verzoeker verklaard:

"2001 Tekenbeet retro auriculair links met snel volgende ontstekende zwelling (mogelijk Lymphocytoom). Geen verdere diagnostiek, geen behandeling.

Van 2001 tot 2004 ontwikkelden zich talrijke symptomen overeenkomend met Lyme Borreliose in het late stadium. Op de voorgrond stonden de volgende ziektebeelden: chronisch gevoel van ziek zijn, fatigue, paraparese, zwakte in de bovenste extremiteiten, spierpijnen, dubbelzien (jarenlang), spierskelet klachten, terugkerende secundaire Erythema.

Vanwege het ernstige ziektebeeld bestond jarenlang schoolverzuim. Van 2004 tot 2014 herhaalde serologische onderzoeken betreffende Borrelia. De uitslag was steeds pathologisch. Ook bij het huidige onderzoek is de Borrelia-serologie positief. LTT Borrelia is echter momenteel niet significant positief en CD 57 NK-cellen zijn niet verminderd. Van 2006 tot 2009 werden overige medisch-technische onderzoeken uitgevoerd, MRI, EEG, electro-fysiologische onderzoeken, liquoronderzoek. Al deze onderzoeken waren zonder pathologische uitslag.

Sinds 2001, dat betekent sinds het begin van de ziekte, volgde onderzoek door vele artsen en medisch specialisten in verschillende ziekenhuizen. Pas in 2004 werd voor de eerste keer de diagnose van een Lyme-Borreliose gesteld door dr. [naam medisch specialist] op grond van de klinische data van de pathologisch serologische bevindingen. In 2004 vond de eerste antibioticabehandeling plaats, ingezet werd Ceftriaxon.

Van 2004 tot 2014 zeer talrijke antibioticacycli. Alles bij elkaar was de telkens ingezette antibioticabehandeling niettemin naar de aard en duur ongeschikt. Sinds 2014 werd geen antibiotica

meer ingezet, daar de patiënt bijwerkingen vreesde met nadeel voor de toentertijd aanstaande eindexamens.

Het huidige lichamelijk onderzoek laat een aanzienlijk gereduceerde algemene lichamelijke conditie zien: geprononceerde acnevormige veranderingen op de romp, hyperpigmentatie linker onderbeen binnenkant, boven enkelgewricht, doorsnede 10 cm. Drukgevoeligheid onder de beide voetzolen. Het neurologische onderzoek wees de onderstaande tekorten aan: Proef van Lasègue beiderzijds moeilijk, links benadrukt. De trap naar beneden aflopen ging langzaam en moeilijk vanwege pijn en zwakte in de benen, ook op een vlakke vloer ging lopen langzaam, in coördinatie verminderd. De patiënt ziet er na het onderzoek en anamnestiche bevraging zeer uitgeput uit, sinustachycardie 117/min.

(...)

Vanwege de slechte algemene lichamelijke gesteldheid moeten de medicamenten voorzichtig ingeleid en naar mogelijkheid laag gedoseerd worden. Alle tot nu toe gebruikte antibiotica leidden telkens tot een verbetering van de lichamelijke klachten afgezien van Ceftriaxon, dat in 2013 met een behandelingslengte van drie weken geen enkele werking toonde. Bij de overige antibiotica was weliswaar een verbetering vast te stellen, echter alleen van geringe omvang.

De consequentie is dus een synchroon gecombineerde langdurige antibiotica behandeling over enige maanden.

(...)

De behandeling richt zich hoofdzakelijk naar het ziekteverloop, zodat er in de toekomst veranderingen en aanvullingen mogelijk zijn. (...)"

- 4.2. In aanvulling op deze verklaring voert verzoeker aan dat hij jarenlang onder behandeling is geweest bij verschillende medisch specialisten in verschillende ziekenhuizen, echter zonder resultaat. Verzoeker is vervolgens doorverwezen naar de behandelend medisch specialist in Duitsland, alwaar een behandelplan is opgesteld in overleg met de huisarts en de behandelend medisch specialist in Nederland. De behandeling is inmiddels aangevangen met een positief resultaat tot gevolg, waarvan verzoeker hoopt dat dit nog vele jaren mag aanhouden.
- 4.3. Het is voor verzoeker onverteerbaar dat de ziektekostenverzekeraar weigert de zorgkosten te vergoeden die in Nederland en in Duitsland zijn gemaakt in verband met het onderzoek en de behandeling van zijn aandoening. Dit is bovendien onterecht.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker het volgende aangevoerd. In het advies van het Zorginstituut staat dat niet is bewezen dat een langdurige antibioticakuur zal kunnen helpen. Blijkbaar is niet van belang dat de kuur in de onderhavige situatie wél helpt. Bovendien is de behandeling veel uitgebreider, omdat ook andere medicatie wordt toegediend en ook wordt gekeken naar de voeding. Verzoeker heeft het gevoel dat van alle kanten wordt geprobeerd en gekeken naar mogelijkheden om zijn situatie te verbeteren, behalve door de ziektekostenverzekeraar. Door hem wordt niet gekeken naar het belang van de patiënt.
- 4.5. Verzoeker 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, vierde en vijfde lid, van de zorgverzekering (2016), respectievelijk artikel 2, zesde alinea, van de zorgverzekering (2017) staat dat de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. Daarnaast heeft een verzekerde slechts recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
 - 5.2. Verzoeker is sinds 2004 bekend met de ziekte van Lyme, chronisch Borreliose en Neuroborreliose. Hij heeft daarvoor een behandeling ondergaan in Duitsland. Het betreft hierbij

laboratoriumonderzoek en de verstrekking van antibiotica, probiotica (gezondheidsmiddelen) en voedingsmiddelen.

De langdurige behandeling met antibiotica van de ziekte van Lyme is meerdere keren onderwerp geweest van onderzoek en niet conform de stand van de wetenschap en praktijk bevonden. Dit blijkt onder andere uit het advies dat het Zorginstituut op 17 mei 2017 heeft uitgebracht in de procedure bij de commissie (SKGZ201700208) en het daarin genoemde standpunt van het Zorginstituut uit oktober 2015 met betrekking tot post-treatment Lyme disease syndroom. Tevens blijkt uit de brief van de Minister van VWS van 20 mei 2016 aan de Tweede Kamer dat een langdurige behandeling met antibiotica in 2017 geen deel uitmaakt van het basispakket (TK 2015-2016, nr. 29 689, nr. 713, p. 8). Een en ander volgt eveneens uit de CBO richtlijn uit 2013, het advies van de Gezondheidsraad van 26 juni 2013 en de Guideline van de Infectious Disease Society of America (ISDA). Daaraan is nog toe te voegen de uitspraak van het Gerechtshof te Arnhem-Leeuwarden van 19 december 2017, waarin het hof een uitgebreide analyse geeft van de huidige stand van de wetenschap en praktijk betreffende de ziekte van Lyme.

- 5.3. Omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, komen de daarmee samenhangende kosten die de huisarts, het ziekenhuis en het laboratorium hebben gemaakt evenmin voor vergoeding in aanmerking. Deze zorg was ook niet noodzakelijk voor het vaststellen van een diagnose, aangezien de aandoening van verzoeker al in 2014 is gediagnosticeerd.
- 5.4. De voorgeschreven antibiotica, probiotica en voedingsmiddelen komen eveneens niet voor vergoeding in aanmerking, omdat dit óf geen geneesmiddelen zijn, óf niet als 'homeopatisch' of 'antroposofisch' in de zogenoemde G-standaard van Z-index voorkomen.
- 5.5. Wel behoren de voorgeschreven antibiotica tot de overige geregistreerde geneesmiddelen. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat hiervoor aanspraak op een vergoeding van € 500,- per jaar. De door verzoeker ingediende nota's van de apotheek in Duitsland komen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking, voor zover deze zien op de middelen Minocycline en Azithromycine, zijnde antibiotica. Uit de gegevens van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat overigens geen nota's voor geregistreerde geneesmiddelen zijn ingediend die zijn afgewezen. De middelen Mutaflor en Port zijn geen geregistreerde geneesmiddelen en komen eveneens niet voor in de G-standaard van Z-index. Om die reden komen deze middelen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij niet op de stoel kan gaan zitten van de arts. Hij is om die reden niet in staat verzoeker te begeleiden of van medisch advies te voorzien. Het is de taak van de ziektekostenverzekeraar uitvoering te geven aan de Zvw. Op grond van de Zvw komen niet alle behandelingen voor vergoeding in aanmerking, bijvoorbeeld omdat deze niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In die situatie komt de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering (2016-2017) en artikel 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016-2017) 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 kosten die samenhangen met het onderzoek en de behandeling van de ziekte van Lyme-Borreliose en Lyme-Neuroborreliose door het 'Institut für Medizinische Diagnostik' te Berlijn-Potsdam, Duitsland, alsnog te vergoeden 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 20 van de zorgverzekering (2016) en de artikelen 18 en 19 van de zorgverzekering (2017).

8.3. Artikel 18.5 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Lid 1

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling door apotheehoudenden (apothekers en apotheehoudende huisartsen) of het advies en begeleiding zoals apotheehoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

a. de door de zorgverzekeraar op basis van bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen in Bijlage 1 van deze regeling, te vinden via www.wetten.overheid.nl.

b. de geneesmiddelen, genoemd in Bijlage 1 bij deze regeling, die behoren tot een van de in Bijlage 2 bij deze regeling genoemde categorieën van geneesmiddelen, indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde voorwaarden, te vinden via www.wetten.overheid.nl.

c. andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:

1. overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet, door of in opdracht van een apotheehoudende in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;

2. overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, vast te stellen regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties;

3. overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet vast te stellen regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

(...)

Lid 2

a. U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van terhandstelling zoals apotheehoudenden die plegen te bieden ten behoeve van de in artikel 18.5, lid 1, genoemde geneesmiddelen. Voor sommige geneesmiddelen vermeld onder lid 1a betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt voor welke geneesmiddelen dit het geval is. Deze geneesmiddelen staan vermeld in Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering, te vinden via www.wetten.overheid.nl. Nadere informatie over de eigen bijdrage kunt u vinden in artikel 5.1 van het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2016.

b. In aansluiting op de voorwaarden genoemd in artikel 18.5, lid 1 b, vermeld De Amersfoortse in artikel 5.3 van het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2016 specifieke bepalingen voor geneesmiddelen die onder Bijlage 2 vallen.

(...)

e. De onder artikel 18.5, lid 2, genoemde aanspraak op vergoeding van kosten geldt niet voor:

(...)

- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;

- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;

(...)

Lid 4

In het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2016 staan nadere voorwaarden vermeld over de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere toestemmingsvereisten, afleverhoeveelheden, specifieke bepalingen voor geneesmiddelen en vergoeding van geneesmiddelen. Het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2016 kunt u raadplegen op www.amersfoortse.nl/zorg en wordt desgevraagd toegezonden. (...)"

8.4. Artikel 18.8 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

8.5. Artikel 18.8 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van huisartsenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts en/of zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek."

8.6. Artikel 18.12 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

8.7. Artikel 18.11 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

Lid 1 Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, of een medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. In het geval dat het medisch specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Lid 2 Ziekenhuis en ZBC

(...)

b. Niet-klinische medisch specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in een ZBC. De aanspraak omvat de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)"

8.8. Artikel 18.16 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

- 8.9. Artikel 18.2 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op vergoeding van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Lid 2 Advies en bemiddeling bij niet spoedeisende zorg

Als verzekerde in het buitenland wil worden behandeld moet verzekerde er rekening mee houden dat de behandeling niet altijd volgens de zorgverzekering wordt betaald of dat de behandeling duurder is dan in Nederland zodat verzekerde zelf de kosten geheel of gedeeltelijk zal moeten betalen. Wij raden verzekerde dan ook aan om vooraf contact op te nemen met de afdeling Zorg voor Zorg via (033) 464 20 61 of zorgadvies@amersfoortse.nl om van te voren te vernemen of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. De Amersfoortse heeft met een aantal ziekenhuizen in Duitsland, België en Spanje afspraken gemaakt. Zie hiervoor www.amersfoortse.nl/zorg.

Lid 3 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan. (...)"

- 8.10. Artikel 18.2 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

- 8.11. Artikel 2, vierde en vijfde lid, van de zorgverzekering (2016) bepaalt de inhoud en de omvang van de aanspraak op vergoeding van zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Lid 4

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Lid 5

De verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van kosten voor zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. (...)"

- 8.12. Artikel 2 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

- 8.13. De artikelen 2 en 18 van de zorgverzekering (2016-2017) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2016-2017) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.14. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Geneeskundige zorg, waaronder zorg die huisartsen en medisch specialisten plegen te bieden, 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 verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv.

Artikel 2.1, tweede lid, 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.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.15. 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.

- 8.16. Artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

*"Optimaal
100% maximaal € 500,-- per kalenderjaar voor alle verstrekking tezamen*

Voorwaarden:

• Vergoeding voor:

- Wettelijke eigen bijdragen op geregistreerde geneesmiddelen*
- Wij vergoeden alleen de eigen bijdrage voor geregistreerde geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt conform het Reglement Farmaceutische zorg en die worden vergoed op uw zorgverzekering.*
- Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen*
- Wij vergoeden alleen alternatieve geneesmiddelen met een registratie 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in G-Standaard van Z-Index.*
- Wij vergoeden alleen geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed op uw zorgverzekering.*
- Op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, medisch specialist, voorschrijvend verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer.*
- Geleverd door een apotheekhoudende.*

(...)

• Wij vergoeden geen:

- Niet-geneesmiddelen*
- Voeding en voedingssupplementen*
- Vitaminen*
- Experimentele geneesmiddelen (...)"*

- 8.17. Artikel 3.14 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017) is van gelijke strekking.

- 8.18. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, 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. Verzoeker 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 dat geval buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, dient eerst de vraag te worden beantwoord of een synchroon gecombineerde langdurige antibioticabehandeling bij de diagnose 'Lyme-Borreliose en Lyme-Neuroborreliose in het late stadium' voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, als bedoeld in artikel 2 van de zorgverzekering. De commissie merkt daarbij op dat de zorg die in dit kader is verleend aan verzoeker door de huisarts, de medisch specialisten in Nederland en Duitsland en de apotheek in Duitsland en waarvan de kosten zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, deel uitmaakt van dezelfde behandeling.
- 9.3. Bij de beantwoording van de vraag of een behandeling aan voornoemd criterium voldoet, sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt. Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en

wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

- 9.5. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot een synchroon gecombineerde langdurige antibioticabehandeling bij de diagnose 'Lyme-Borreliose en Lyme-Neuroborreliose, in het late stadium' is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 14 juni 2018 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 maakt de conclusie van het Zorginstituut tot de haren en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten die samenhangen met het onderhavige onderzoek en de behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 9.6. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van de kosten en het positieve resultaat van de behandeling, maakt de uitkomst niet anders.
- 9.7. Uit hetgeen hiervoor is overwogen volgt tevens dat de farmaceutische zorg die verzoeker heeft ontvangen in verband met de behandeling van zijn aandoening niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 1 november 2017 evenwel aan verzoeker heeft medegedeeld de ingediende nota's van 14 februari 2017, 18 maart 2017 en 19 juli 2017, voor zover deze zien op de middelen Minocycline en Azitromycine, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De commissie zal in deze beslissing niet treden.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. Op grond van artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016), respectievelijk artikel 3.14 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017), bestaat aanspraak op farmaceutische zorg tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle aldaar genoemde verstrekkingen tezamen. Er bestaat onder andere recht op vergoeding voor alternatieve geneesmiddelen, met een registratie 'homeopatisch' of 'antroposofisch' in de G-standaard van Z-index en op alternatieve geneesmiddelen, voor zover deze geneesmiddelen niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast moeten de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moeten deze zijn geleverd door een apotheekhoudende. Verder zijn niet-geneesmiddelen, voeding en voedingssupplementen uitgesloten van vergoeding. De middelen Mutaflor en Port zijn niet geregistreerd en komen niet voor in de G-standaard. De kosten van deze middelen zijn om die reden terecht niet vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.9. Verzoeker heeft in de procedure tevens nota's van de apotheek te Duitsland overgelegd die nog niet zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het is eerst aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of deze nota's voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het is niet aan de commissie hierover in dit stadium een oordeel te geven.




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, 16 juli 2018,



G.R.J. de Groot