

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, behandelingen Lyme -Borreliose
Zaaknummer : 2008.00773
Zittingsdatum : 28 januari 2009

Zaak: 2008.00773, Geneeskundige zorg, behandelingen Lyme -Borreliose

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B hierna te noemen: verzekerde, in deze vertegenwoordigd door C te D hierna te noemen: verzoeker,

tegen

E te F hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

De bestreden beslissing

2. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 2 januari 2008 inzake de weigering de behandeling voor de ziekte van Lyme te vergoeden omdat de maximale vergoeding voor alternatieve geneeswijzen bereikt was. Vergoeding op grond van de basisverzekering werd eveneens afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije keuze basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens werd door verzoeker een aanvullende verzekering gesloten. Het betreft hier een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend arts heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "ziekte van Lyme tweede fase". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door verzekerde ondergane zorg bestaande uit "0.a.12 weken pulsetherapie Cerftrixon® 4 gr. per keer, twee aaneenvolgende dagen per week intraveneus toegediend" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Vanaf 11 juni 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden .
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 27 juni 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 8 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 november 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 november 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 21 november 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 januari 2009 heeft het CVZ 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 betreffende zorgverlener geen BIG-registratie heeft als huisarts en hij eveneens niet in het MSRC-register geregistreerd staat als medisch specialist. Dit heeft tot gevolg dat de door hem verleende zorg niet valt onder de verzekerde zorg ingevolge de zorgverzekering van verzekerde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 14 januari 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Nadat de aanvankelijke zitting, op aanvraag van verzoeker was verzet, is hem een uitnodiging gezonden voor de zitting van 28 januari 2009. Verzoeker heeft hierop aangegeven alsdan verhinderd te zijn, waarna de commissie - met inachtneming van het in het reglement bepaalde - heeft besloten de mondelinge behandeling buiten aanwezigheid van verzoeker doorgang te laten vinden. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar hierop verklaard in te stemmen met een behandeling op stukken.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde zich in het Medisch Centrum Walborg (hierna: MCW) onder behandeling heeft laten stellen, alwaar zij Cetriaxon ® opgelost in NaCl 0,9%, per infuus heeft toegediend gekregen. Dit werd o.a. 12 weken lang, twee opeenvolgende dagen per week intraveneus toegediend in het kader van de behandeling van de ziekte van Lyme. De behandeling wordt beschouwd als reguliere behandeling, nu de medicijnen door de zorgverzekeraar vergoed worden. Dit betekent dat ook de consulten van de behandelend arts op grond van de basisverzekering vergoed dienen te worden. De stelling van de zorgverzekeraar dat de heer Hoffmann alternatief arts is, wordt nadrukkelijk bestreden. Onder andere de nauwe samenwerking met een professor neurologie en de lange studie zoals gevolgd door dr. Hoffman pleiten hier tegen.

4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de heer Hoffmann alternatief arts is, aangezien hij zich in het alternatieve circuit begeeft. Dit blijkt ondermeer uit uitingen op de website van MCW. Ook is hij een medisch specialist noch huisarts, noch een arts werkend onder toezicht van een huisarts. Daarnaast is het MCW een ziekenhuis noch een ZBC. Er is derhalve niet voldaan aan het gestelde in artikelen 3 en 4 lid 2b van de basisverzekering. De consulten van de heer Hoffman kunnen dan ook alleen op basis van de aanvullende verzekering vergoed worden tot een maximum van € 1000,00 op jaarbasis voor het jaar 2007 en € 750,00 voor het jaar 2008. De door de heer Hoffman voorgeschreven medicatie komt wel voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking. Als verzekerde in een toegelaten reguliere instelling de infusen zou laten inbrengen zouden de daar ondergane consulten eveneens voor vergoeding in aanmerking komen.

5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. De zorgverzekeraar heeft reeds te kennen gegeven dat de medicatie op grond van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, derhalve komt de commissie in dit geval niet toe aan de vraag of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In geschil is slechts of de zorgverzekeraar gehouden is aan verzekerde de kosten voor het inbrengen van infusen ten behoeve van deze Lymeborreliose behandeling te vergoeden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering.

De artikelen 4 en 5 van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg en medisch specialistische zorg bestaat.

"Artikel 4

Hulp door een huisarts

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

Artikels

Medisch-specialistische zorg

lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts, behoudens voor onvoorziene behandelingen.

(. . .) De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden."

In de algemene bepalingen Deel A, staat bij de begripsomschrijvingen het volgende:

"Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Medisch-specialist

Een arts die is ingeschreven in het Specialisten register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. "

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.4. 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 verzekerd 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De heer Hoffman, de arts die de behandelingen heeft uitgevoerd, is niet in het bezit van een BIG-registratie als huisarts. Ook een inschrijving als medisch specialist in het MSRC-register ontbreekt. Dit is het Specialistenregister van de KNMG. Dit leidt tot de conclusie dat de zorgverlener geen arts is in de zin van de artikelen 4 en 5 Algemene bepalingen. Derhalve komt de geneeskundige zorg geleverd door deze arts op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2009.

Voorzitter