

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A. te B, tegen C te D E te F.
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, lensimplantatie, berekening refractieafwijking
Zaaknummer : 2012.00811
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

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 aanvraag 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 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten 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 een lensimplantatie aan beide ogen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 februari 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 brief van 16 maart 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 3 juli 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 september 2012 onderscheidenlijk 26 september 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 augustus 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012100489) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet geïndiceerd is voor refractiechirurgie. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste berekening voor de refractieafwijking is correct. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 12 oktober 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief gedateerd 23 september 2012 9^{de} commissie leest: 23 oktober 2012) de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Desgevraagd verklaart het CVZ dat: *“de toegepaste formule niet is overgenomen uit de consensus of een andere richtlijn, het is simpelweg de berekening van de gemiddelde sterkte in geval van astigmatisme. De gehanteerde refractiegrenzen zijn altijd consistent en bestendig door het College gehanteerd en hebben een enigszins arbitrair karakter, maar zijn wel ruim genomen in het voordeel van de verzekerden.”*

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een refractiechirurgische behandeling door middel van lensimplantatie (Artiflex®). Verzoekster heeft een hoge myopie ODS met contactlensintolerantie. De refractiewaarden van verzoekster zijn: OD: S -10.00 = C + 1.50 x 85° en OS: S -10.00 = C + 1.00 x 80°.
- 4.2. Verzoekster heeft gedurende 30 jaren probleemloos contactlenzen gedragen. Medio 2011 kreeg zij echter problemen met het dragen hiervan. Zij heeft vervolgens diverse soorten lenzen geprobeerd, maar dit heeft niet geleid tot het gewenste resultaat. Door het dragen van contactlenzen krijgt verzoekster rode, bloeddorlopen ogen. Daarom is zij nu dagelijks aangewezen op een bril. Zonder bril ziet zij nagenoeg niets. Haar zicht met een bril is echter vele malen minder dan vroeger met het gebruik van contactlenzen, waardoor zij zich vooral met het autorijden in de avonden onzeker voelt. Daarnaast krijgt verzoekster door haar bril hoofdpijn tijdens het werken achter haar

beeldscherm, pijn aan de neusbrug, kan zij zich moeilijker concentreren, en wordt zij belemmerd bij het zwemmen met haar kinderen en het sporten.

- 4.3. Gebleken is dat door het jarenlange contactlensgebruik meerdere kleine littekens op het hoornvlies van verzoekster zijn ontstaan. Uit het onderzoek is voorts naar voren gekomen dat verzoekster, gezien haar afwijking, geen goede kandidaat is voor een laserbehandeling. Als zij wel in aanmerking zou komen voor een laserbehandeling, zou zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak hebben op een vergoeding en een korting op die behandeling.
- 4.4. Aangezien verzoekster zowel een contactlensintolerantie als een sterkte van - 10.00 dioptrieën heeft, voldoet zij aan de voorwaarden voor de onderhavige ingreep. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel nog een “natuurkundige formule losgelaten” op de oogafwijking van - 10.00 dioptrieën, waardoor verzoekster net niet voldoet aan de voorwaarden. Deze berekening staat niet vermeld in de polisvoorwaarden of de Consensus Refractiechirurgie en is dus niet kenbaar voor verzekerden. Bovendien kan de cilindrische afwijking op twee manieren worden berekend.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat de toegepaste natuurkundige correctie van de visusafwijking haar niet kenbaar was dan wel kon zijn. De berekening is niet opgenomen in de polisvoorwaarden of de Consensus Refractieschirurgie.
- 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. Op grond van de zorgverzekering bestaat in geval van myopie (bijziendheid) aanspraak op refractiechirurgie indien de totale afwijking minimaal – 10.00 dioptrieën bedraagt. Bij een gecombineerde afwijking van zowel myopie als astigmatisme (cilindrische afwijking) wordt uitgegaan van de totale afwijking. De ziektekostenverzekeraar gaat hierbij uit van de Consensus Refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap.
 - 5.2. Door de beroepsgroep oogheelkunde wordt gebruik gemaakt van refractieformules om de lenssterkte te berekenen bij een gecombineerde afwijking. Kort gezegd heft de cilindrische sterkte deels de sferische sterkteafwijking op. Bij toepassing van voornoemde formules blijkt dat het rechteroog van verzoekster een afwijking heeft van – 9.25 dioptrieën en het linkeroog van – 9.5 dioptrieën. Zij heeft dus geen aanspraak op refractiechirurgie ten laste van de zorgverzekering.
 - 5.3. Het is correct dat een gecombineerde oogafwijking op twee manieren kan worden berekend. Beide berekeningen leiden voor verzoekster echter tot dezelfde uitkomst.
 - 5.4. Ten aanzien van de opmerking van verzoekster dat de toegepaste natuurkundige formule niet is terug te vinden in de polisvoorwaarden, deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat het voor een verzekeraar niet mogelijk is dergelijke gedetailleerde informatie in de polisvoorwaarden op te nemen. In het kader van een aanvraag vindt met in achtneming van de concrete situatie de beoordeling plaats. Bovendien dient de behandelend oogarts op de hoogte te zijn van de refractieberekening en zijn patiënt hierover te informeren.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door het CVZ is bevestigd dat de gehanteerde berekening correct is. Het CVZ verwijst in de voetnoot ook nog naar een ander advies. Hierin staat dat er een basis is voor de berekening. Verzoekster kan volstaan met een bril. Indien kan worden volstaan met een goedkoper hulpmiddel, bestaat geen aanspraak op een duurdere behandeling.

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, welke bepaling ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op refractiechirurgie (lensimplantatie) 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 'aanspraken' van de zorgverzekering.
Artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, dat bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg zonder opname bestaat, luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Wij vergoeden de kosten van:

– medisch specialistische of kaakchirurgische zorg (...)"

8.3. In artikel 2.5 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat enkel aanspraak bestaat op zorg voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.4. De artikelen 2.5 van de algemene voorwaarden en 4 van de 'aanspraken' 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).

8.5. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.6. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bij zijn standpuntbepaling mede laten leiden door hetgeen de werkgroep refractiechirurgie onder auspiciën van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap in februari 2006 (herzien in juli 2009) als richtlijn voor refractiechirurgie heeft opgesteld, de zogenoemde Consensus Refractiechirurgie. Deze richtlijn bezit niet de status van regelgeving maar van een algemeen, representatief te achten overeenstemmend medisch-specialistisch inzicht. Nu gesteld noch gebleken is dat deze richtlijn inmiddels door een nieuwe is vervangen, zal bij de beoordeling worden uitgegaan van voornoemde richtlijn.
- 9.2. In de Consensus Refractiechirurgie zijn onder meer de vormen van refractiechirurgie en de indicatiegebieden genoemd. In hoofdstuk 12 worden de medische indicaties genoemd. Voor het aanbrengen van “phake lenzen” is bij myopie een medische indicatie aanwezig bij meer dan – 10.00 D met contactlensintolerantie en bij astigmatisme bij meer dan 4.5 D met contactlensintolerantie.

Voorts kan sprake zijn van een bijzondere indicatie:

“In uitzonderingsgevallen kunnen bijzondere indicaties zich voordoen. Hiervoor dient steeds een individuele machtiging met onderbouwing van de medische indicatie te worden ingediend. Als voorbeeld van deze bijzondere gevallen kan gedacht worden aan volstrekte bril intolerantie bij gebleken contactlens intolerantie (allergische aandoeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen)”

- 9.3. In zijn advies van 11 september 2012 stelt het CVZ zich op het standpunt dat aanspraak op refractiechirurgie slechts bestaat indien de afwijking niet met een bril is te corrigeren en bovendien contactlenzen niet worden verdragen. Onder verwijzing naar een eerder advies concludeert het CVZ dat de hiervoor bedoelde situatie zich pas voordoet bij een myopie sterker dan – 10 D. Voorts is bij verzoekster geen sprake van een aandoening waardoor het dragen van een bril niet mogelijk is.
- 9.4. In voornoemd advies heeft het CVZ verklaard hoe de refractieafwijking dient te worden berekend: de eventuele cilindrische sterkte wordt voor de helft wiskundig opge-

teld bij de opgegeven sferische component. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve de juiste berekening van de refractieafwijking toegepast: - 10 met + 1,50 levert gemiddeld - 9,25 op, en - 10 en + 1 levert gemiddeld - 9,50 op. Verzoekster heeft dus geen (verzekerings)indicatie voor refractiechirurgie en is daarom niet aangewezen op de gevraagde behandeling.

- 9.5. Ten aanzien van het niet vermelden van de berekening van de refractieafwijking in de polisvoorwaarden, is de commissie met de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat het voor een verzekeraar onmogelijk is voor alle behandelingen waarop aanspraak bestaat zodanig gedetailleerde informatie in de polisvoorwaarden op te nemen. Dit geldt temeer nu de criteria voor refractiechirurgie niet door de ziektekostenverzekeraar, maar door de beroepsgroep zijn geformuleerd. Het is aan de behandelend arts aan deze criteria te toetsen, daarbij rekening houdend met de binnen de beroepsgroep algemeen bekende berekeningswijze(n).

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor lensimplantatie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 november 2012,

Voorzitter