

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, ooglaserverhandeling
Zaaknummer : 2012.00079
Zittingsdatum : 26 september 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 4 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 TandVerzorgd 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een ooglasersbehandeling aan beide ogen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 juli 2011 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 5 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 25 juni 2012 heeft verzoeker 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 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 september 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 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 28 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012097343) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet is geïndiceerd voor refractiechirurgie. De refractieafwijkingen kunnen met een bril worden gecorrigeerd. Als het dragen van een bril geen optie is, zijn er contactlenzen met de vereiste sterkten verkrijgbaar. Niet is gebleken dat sprake is van contactlensintolerantie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 augustus 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 31 augustus 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op 3 september 2012 aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 september 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op 11 september 2012 aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. De commissie heeft het CVZ verzocht een definitief advies uit te brengen. Bij dit verzoek waren de reacties van partijen op het voorlopige advies gevoegd. Het CVZ heeft bij brief van 10 oktober 2012 zijn definitieve advies uitgebracht. Hieruit volgt dat contactlenzen bij verzoeker mogelijk zijn (waren). Uit het dossier is niet af te leiden dat sprake is (was) van contactlensintolerantie. Verzoeker is derhalve niet geïndiceerd voor refractiechirurgie.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft sinds 2000 last van aangezichtspijn aan de rechterzijde. De oorzaak hiervan ligt in spieren en zenuwen die getriggerd worden door externe invloeden, met name door het dragen van een bril. De neusvleugels van de bril drukken op de spieren en zenuwen en dit geeft botpijnen in het gelaat.
- 4.2. Verzoeker heeft een paar keer geprobeerd zijn visus te corrigeren door het gebruik van contactlenzen. Ook dit leverde voor verzoeker veel klachten op, omdat zijn ogen "te plat zijn" waardoor de contactlens zich hierop vacuüm zuigt.
- 4.3. Refractiechirurgie is, gegeven zijn contactlensintolerantie, voor verzoeker de enige manier zijn visus te corrigeren, zonder geconfronteerd te worden met voornoemde aangezichtspijn. Refractiechirurgie valt onder de aanspraak op medisch specialistische zorg. De door de ziektekostenverzekeraar genoemde voorwaarden op basis van de Consensus Refractiechirurgie worden niet vermeld in de zorgverzekering. Op

grond van artikel B5 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg voor zover verzoeker daarop redelijkerwijs is aangewezen. Nu verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de onderhavige ingreep, dient de ziektekostenverzekeraar de kosten te vergoeden.

- 4.4. Op 12 december 2011 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de klachten van verzoeker niet objectiveerbaar. Echter, spoedig na de ingreep waren de klachten met betrekking tot het aanzicht van verzoeker verdwenen.
- 4.6. Voor zover geen aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering, vordert verzoeker de door de ziektekostenverzekeraar geboden korting van tien percent indien gebruik wordt gemaakt van een gecontracteerde zorgverlener. Verzoeker heeft zich destijds gewend tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener, te weten het OMC Noord te Groningen. Het OMC kon hem evenwel niet helpen, omdat deze de noodzakelijke behandeling niet verricht. Verzoeker is daarom door het OMC verwezen naar Vision Clinics, alwaar men hem wel kon behandelen.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft geen indicatie voor refractiechirurgie. Deze zorg kan alleen ten laste van de zorgverzekering komen, indien sprake is van een refractieafwijking die onvoldoende door een bril kan worden gecorrigeerd en een contactlensintolerantie bestaat. De ziektekostenverzekeraar gaat hierbij uit van de Consensus Refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap.
- 5.2. In voornoemde Consensus wordt tevens vermeld dat ook bij bijzondere indicaties sprake kan zijn van een medische indicatie. Als voorbeeld kan gedacht worden aan een volstrekte brilintolerantie bij gebleken contactlensintolerantie. In een dergelijke situatie dient sprake te zijn van objectief waarneembare klachten en/of afwijkingen. De pijnklachten van verzoeker worden veroorzaakt door spieren en zenuwen die getriggerd worden door externe invloeden, waaronder het dragen van een bril. De klachten worden dus niet uitsluitend veroorzaakt door het dragen van een bril. Wellicht worden de klachten hierdoor wel versterkt. Gelet op het voorgaande zijn de pijnklachten van verzoeker niet objectiveerbaar. Verzoeker is daarom niet redelijkerwijs aangewezen op de gevraagde behandeling.
- 5.3. Volgens verzoeker laat de vorm van zijn ogen het dragen van contactlenzen niet toe. Hij heeft dit evenwel niet onderbouwd. Uit de in de procedure gebrachte medische stukken blijkt dit evenmin. Verzoeker heeft in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat hij in de afgelopen tien jaar vier keer contactlenzen heeft geprobeerd, maar dat dit niet het gewenste resultaat had. Dit betekent echter niet dat hij geen contactlenzen kan dragen of dat hij een contactlensintolerantie heeft.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft het OMC gecontracteerd voor refractiechirurgie. Daarom krijgen verzekerden van de ziektekostenverzekeraar bij deze zorgverlener tien percent korting op de behandeling. Vision Clinics is niet door de ziektekostenver-

zekeraar gecontracteerd, daarom geldt bij deze zorgaanbieder voornoemde korting niet. Dat het OMC de gewenste behandeling niet kon uitvoeren, maakt dit niet anders. Overigens heeft het niet gecontracteerd zijn van Vision Clinics geen gevolgen voor de hoogte van de vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betreft immers een maximale vergoeding, ongeacht waar de behandeling plaatsvindt.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor de ondergane behandeling de maximale vergoeding van € 1.000,- uitgekeerd.

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 A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 verzoeker aanspraak heeft op refractiechirurgie, 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 B10 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

“(…)

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,

“(…)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. [naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)"

- 8.3. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald, dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Dit artikel luidt:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

- 8.4. De artikelen B5 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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.
- 8.7. In artikel E26 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op refractiechirurgie opgenomen, en luidt:

"Met een ooglaserverhandeling (refractiechirurgie) worden bijziendheid, verziendheid en cilinderafwijkingen gecorrigeerd. U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag. Dit bedrag is voor de gehele verzekeringsduur: € 1.000,--"

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 indicaties voor refractiechirurgie vastgesteld. In hoofdstuk 12 worden de medische indicaties genoemd:

“(…)

12.2. PRK

*Anisometropie > 4.00 D in combinatie met contactlens-intolerantie
Astigmatisme na cataractoperatie, indien andere methoden van astigmatisme-correctie niet mogelijk of gewenst zijn*

“(…)

12.6. Uitzonderingen

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. Bij verzoeker is geen sprake van een anisometropie van meer dan vier dioptrie dan wel van een astigmatisme na cataractoperatie, zodat dient te worden getoetst of bij hem sprake is van de uitzonderingssituatie zoals verwoord in artikel 12.6 van de Consensus Refractiechirurgie.
Het CVZ concludeert dat bij verzoeker geen sprake is van contactlensintolerantie. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
Hetgeen partijen in dit verband verdeeld houdt, is de vraag of bij hem kan worden gesproken van een volstrekte brilintolerantie.
- 9.4. Uit het rapport van de neuroloog van 29 september 2010 blijkt dat sprake is van forse drukpijn op de wenkbrauw rechts, onder het zygoma rechts en onder de kaakkop rechts. De pijnklachten zijn heel goed te provoceren door de triggerpoints. Uit de door verzoeker overgelegde medische stukken blijkt evenwel onvoldoende dat sprake is van een volstrekte brilintolerantie of dat de aangezichtspijn uitsluitend wordt veroorzaakt door het dragen van een bril. Dat de aangezichtspijn na de ingreep is verdwenen, zoals verzoeker stelt, maakt dit niet anders.
- 9.5. Nu niet is gebleken dat verzoeker redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen op een ooglaserbehandeling, komt deze behandeling op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor refractiechirurgie indien deze niet ten laste van de zorgverzekering komt, tot een bedrag van maximaal € 1.000,-- voor de gehele verzekeringsduur. Dit bedrag is reeds bij beslissing van 5 januari 2012 aan verzoeker vergoed.

Korting

- 9.7. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen aanspraak op een korting op de onderhavige behandeling of op vergoeding indien de korting niet wordt verleend, omdat in dit geval gebruik is gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Dat de door verzoeker in eerste instantie geconsulteerde zorgverlener hem niet kon helpen en hem heeft doorverwezen naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter