

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw mr. C te D, tegen E en F beide te G
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, brilintolerantie
Zaaknummer : 2012.00793
Zittingsdatum : 6 februari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw mr. C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 2 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Beter Af Tandarts Polis 1 ster en het Beter Af Extra Pakket FME-CWM afgesloten. De twee laatstgenoemde verzekeringen zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 refractiechirurgie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 september 2010 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 brieven van 22 februari en 1 april 2011 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 18 september 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 december 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 december 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 januari 2013 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 3 december 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 14 januari 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2012136176) 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 afwijkingen zijn met een bril corrigeerbaar. Van een volstrekte brilintolerantie bij verzoeker kan niet worden gesproken. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 16 januari 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 6 februari 2013 in persoon gehoord, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 7 februari 2013 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 van 13 februari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op refractiechirurgie. De ziektekostenverzekeraar heeft hem telefonisch er op gewezen dat hij hiervoor tijdig een aanvraag moest indienen; dat hij moest worden behandeld door een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, en dat hij problemen moest hebben met de ogen in de vorm van ten minste – 10.00 dioptrieën, een bril- en contactlensintolerantie of specifieke problemen waardoor het dragen van een bril praktisch onmogelijk is. Verzoeker is van mening dat hij aan deze eisen voldoet.
- 4.2. In het verleden heeft verzoeker diverse malen geprobeerd zijn bril te vervangen door contactlenzen. Door de afwijking aan zijn beide ogen is enkel een zware bril mogelijk die bijvoorbeeld bij fysieke sporten hinderlijk is. Contactlenzen bleken echter niet mogelijk. Verzoeker kreeg bij zowel harde als zuurstof doorlatende zachte lenzen last van branderige ogen, bloeddorlopen oogwit, buitensporige ontwikkeling van traan-

vocht, het zoekraken van lenzen “achter de ogen” en een hoge bloeddruk. Verzoeker is daarom een bril blijven gebruiken.

- 4.3. Kort na de start van het gebruik van CPAP-apparatuur is het dragen van een bril praktisch onmogelijk geworden, door irritatie van de huid rondom de ogen. De bril moest steeds worden bijgesteld en verzoeker zag te weinig om veilig aan het verkeer te kunnen deelnemen. Zowel de eigen oogarts als de oogarts van de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen kliniek voor refractiechirurgie heeft schriftelijk bevestigd dat sprake is van brilintolerantie.
- 4.4. Verzoeker heeft zich ingespannen om te zorgen dat hij een bril kon blijven dragen. Een MRA-beugel bleek voor hem geen optie, omdat deze niet de luchtpijp openhoudt, zodat alsnog apneus ontstonden. Voor de problemen met de gezichtshuid, die zijn ontstaan door het gebruik van de CPAP-apparatuur, heeft verzoeker de volgende maatregelen getroffen:
- het gebruik van badstof of zeemleren onderlegmiddelen;
 - het dagelijks schoonhouden van de apparatuur en het masker;
 - het vragen om een extra set rubbers, zodat één set dagelijks gedesinfecteerd kan worden en natuurlijk gedroogd;
 - het uitproberen van verschillende maskers;
 - het uitproberen van verschillende kussens, teneinde op de rug te blijven liggen;
 - het maken van een hulpmiddel om de slang weg te houden van het kussen, zodat verzoeker niet met het masker op de slang gaat liggen;
 - het onder begeleiding afvallen, zodat de druk op de slang vermindert;
 - het, op aanraden van de huisarts, niet gebruiken van deodorant, aftershave en dergelijke, teneinde huidirritatie te voorkomen. De huisarts heeft enkele typen zalven voorgeschreven, die verzoeker gebruikt.
- 4.5. Het voorgaande heeft niet geleid tot de gewenste verbetering, zodat verzoeker de bril feitelijk niet kan dragen, en hij is aangewezen op refractiechirurgie. Deze behandeling heeft inmiddels plaatsgevonden, en heeft geleid tot een afname van de klachten.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat door het gebruik van een neusmasker, het dragen van een bril onmogelijk was. Dit is ook verklaard door de oogarts. Tevens is sprake van contactlensintolerantie. Voorts stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar iedere keer een nieuw argument aanvoert om te kunnen afwijzen.
- 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 voldoet niet aan de eis met betrekking tot het aantal dioptrieën, zodat hij op basis daarvan geen aanspraak heeft op refractiechirurgie ten laste van de zorgverzekering. Naast dioptrieafwijkingen, gecombineerd met contactlensintolerantie, kunnen er medische situaties zijn waardoor geen bril kan worden gedragen. Er moet dan volgens het Nederlands Oogheelkundig Genootschap sprake zijn van een volstrekte brilintolerantie. Volstrekte brilintolerantie komt in zeer uitzonderlijke situaties voor. Er kan dan in het geheel geen bril worden gedragen door bijvoorbeeld ernstige neusbrugafwijkingen, aangeboren afwijkingen aan het gezicht, brandwonden of een allergie waarbij de bril helemaal niet verdragen wordt.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker verschillende malen verzocht om een medische onderbouwing van de brilintolerantie. In de door verzoeker opgestuurde verklaringen van beide oogartsen wordt niet medisch onderbouwd waarom sprake is van een brilintolerantie. De verklaring van verzoeker dat, door het nachtelijk gebruik van het CPAP-apparaat, overdag door irritatie van de huid en ogen en zwelling van het gezicht de bril niet kon worden gedragen, is onvoldoende.
- 5.3. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is het niet de bedoeling dat een CPAP-apparaat klachten geeft zoals verzoeker die ondervindt. Vandaar dat is gevraagd of andere behandelingen zijn geprobeerd, en of de klachten op een andere manier zijn te bestrijden. Het is erg jammer dat de minder belastende behandeling met een MRA-beugel geen optie bleek voor verzoeker. Toch ontbreekt naast deze informatie een medische onderbouwing waarom de bril absoluut niet kon worden gedragen. De medisch adviseur merkt op dat op basis van de bekende informatie met een goede huid- en wondverzorging, hygiëne en eventueel een ander of aangepast brilmontuur een aanzienlijke vermindering van de klachten mogelijk was geweest. De bril had dan gewoon gedragen kunnen worden. De ziektekostenverzekeraar ziet geen noodzaak voor refractiechirurgie.
- 5.4. 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 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

- ☐ *medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- ☐ *de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)”

- 8.4. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

- 8.5. De artikelen 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering en 4 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 17.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat dekking bestaat voor refractiechirurgie tot een bedrag van maximaal € 200,-- per persoon per drie kalenderjaren.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat refractiechirurgie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft.
- 9.2. 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.

- 9.3. In de Consensus Refractiechirurgie zijn onder meer de vormen van refractiechirurgie en de indicatiegebieden benoemd.

In hoofdstuk 12 worden de medische indicaties genoemd:

12.3. LASIK

- ☐ *Anisometropie > 4.00 D in combinatie met contactlens-intolerantie*
- ☐ *Astigmatisme na perforerende keratoplastiek of 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 volstreekte bril intolerantie bij gebleken contactlens intolerantie (allergische aandoeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen)."*

- 9.4. Het dossier biedt geen duidelijkheid over de oogafwijking van verzoeker. Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het gaat om – 6.00 respectievelijk – 9.00 dioptrieën en verzoeker de juistheid hiervan niet heeft betwist, zal van deze gegevens worden uitgegaan. Op basis hiervan is bij verzoeker geen sprake van een anisometropie van > 4.00 dioptrieën. Ook is niet gebleken van een astigmatisme na perforerende keratoplastiek of cataractoperatie. Rest de vraag of bij verzoeker de uitzondering als bedoeld in artikel 12.6 van de Consensus Refractiechirurgie aan de orde is.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft niet bestreden dat bij verzoeker een contactlensintolerantie bestaat, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Verzoeker heeft gemotiveerd aangevoerd dat bij hem sprake is van volstreekte brilintolerantie. Door de CPAP-apparatuur is zijn gezichtshuid zodanig gezwollen en geïrriteerd dat hij een bril niet kan verdragen. Hij heeft diverse maatregelen getroffen om deze irritatie te voorkomen, echter zonder voldoende resultaat. Verzoeker heeft zijn stelling dat sprake is van brilintolerantie onderbouwd met verklaringen van twee oogartsen, waarvan één oogarts werkzaam is bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat de verklaringen van de oogartsen niet medisch zijn onderbouwd, en dat wellicht andere maatregelen hadden kunnen worden genomen om de irritatie te voorkomen, zodat de bril gewoon gedragen had kunnen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet onderbouwd welke informatie hij precies van de oogartsen verlangt. Ook heeft hij niet duidelijk gemaakt welke concrete maatregelen mogelijk waren om de irritatie te voorkomen, anders dan die welke reeds door verzoeker werden getroffen. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker voldoende aan nemelijk heeft gemaakt dat bij hem sprake is van volstreekte brilintolerantie, zodat hij een indicatie heeft voor refractiechirurgie, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor refractiechirurgie tot een bedrag van maximaal € 200,-- per verzekerde per drie kalenderjaren. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 20 februari 2013,

Voorzitter