



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te
Tilburg,
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, torische lenzen
Zaaknummer : 201501820
Zittingsdatum : 13 januari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen










- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- 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 grond van de Zorg-op-maatpolis (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 Gezinnen trede 4 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een lensimplantatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 februari 2015 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 20 april 2015 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 8 oktober 2015 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 stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 december 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 2 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015153004) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het advies van de medisch adviseur blijkt dat op basis van het dossier niet is aangetoond dat sprake is van contactlensintolerantie, waardoor medisch gezien het dragen van contactlenzen onmogelijk is.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 januari 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 januari 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 20 januari 2016 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 25 januari 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Vanaf haar dertiende levensjaar heeft verzoekster contactlenzen gedragen, totdat zij ca. zeventien jaar later hiervan klachten ondervond. Begin 2006 kreeg verzoekster last van droge ogen, wat resulteerde in een branderig gevoel en rode ogen. In het beginstadium van haar klachten lukte het verzoekster nog om overdag contactlenzen te dragen. Eind 2006 was het voor haar niet meer mogelijk om haar lenzen langer dan een uur in te houden. Zij is op zoek gegaan naar een oplossing in de vorm van het dragen van een bril. Dit verbeterde haar gezichtsvermogen echter niet voldoende.
-  4.2. Het lukte haar opticien in 2012 niet om de visus van haar nieuwe bril op het gewenste niveau te krijgen. Op grotere afstanden was zij niet in staat om goed te kunnen focussen, hetgeen resulteerde in hinderlijke situaties zoals bij het autorijden in de avonden en nachten. De bril heeft verzoekster flink doen inleveren op haar zicht. Door persoonlijke omstandigheden heeft verzoekster op dat moment niet verder gezocht naar een oplossing. Aan verzoekster werd medegedeeld dat door haar zwangerschappen de sterkte van haar ogen sterk kon variëren. Het was daarom niet mogelijk een lange termijn oplossing te vinden. Zij heeft zich destijds erbij neergelegd dat haar zicht niet voldoende werd verbeterd door het dragen van een bril. Het dragen van contactlenzen was geen alternatief omdat zij hiervan eerder hinder had ondervonden.
-  4.3. In 2014 heeft verzoekster een consult gehad bij een oogarts voor een lenstransplantatie, om zo haar gezichtsvermogen te verbeteren. Na een uitgebreid onderzoek is de oogarts tot de conclusie gekomen dat sprake is van een contactlensintolerantie. Gedurende dit consult zijn verschillende mogelijkheden besproken waarbij verzoekster het dragen van contactlenzen expliciet werd

afgeraden, in verband met mogelijke schade aan de cornea. Ook een bril was geen goede optie, aangezien de sterkte voor beeldverkleining en randvertekening zorgt. Haar visus zou hierdoor slechter zijn dan wat zij gewend was met haar contactlenzen. Laseren was geen optie vanwege de sterkte. De oogarts heeft daarom refractiechirurgie geadviseerd, welke ingreep verzoekster intussen met succes heeft ondergaan.

4.4. Omdat de oogarts haar had afgeraden om contactlenzen te dragen, heeft verzoekster geen andere contactlenzen geprobeerd om haar gezichtsvermogen te verbeteren. Van verzoekster kon dit ook niet worden geveerd. Voorts wordt in de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering als enige eis gesteld dat sprake moet zijn van een medische indicatie. Dit doet zich voor in het geval van een myopie van > 10 en contactlensintolerantie. Verzoekster voldoet hieraan. De polisvoorwaarden en de website van de ziektekostenverzekeraar spreken niet over aanvullende onderzoeken zodat verzoekster is afgegaan op het advies van de oogarts. Verzoekster verwijst naar jurisprudentie van de commissie en stelt dat in een vergelijkbaar geval het verzoek werd toegewezen.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat een consument niet kan weten dat een zo diepgaande onderbouwing moet worden geleverd. Zij herhaalt dat zij niet meer kon doen dan de polisvoorwaarden raadplegen, en de eis van een contactlensintolerantie wordt hierin niet gesteld. Verzoekster weet niet wat zij meer had kunnen doen en voelt zich voor het blok gezet. Op haar vraag de contactlensintolerantie te onderbouwen heeft de behandelend oogarts bij herhaling verklaard dit niet te kunnen.

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. In de polisvoorwaarden staat omschreven voor welke zorg verzoekster is verzekerd en onder welke voorwaarden deze zorg wordt vergoed. De zorg wordt alleen vergoed als verzoekster hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Sprake moet zijn van doelmatige zorg: het moet gaan om de minst ingrijpende en noodzakelijke behandeling. De ingreep die verzoekster heeft aangevraagd, te weten refractiechirurgie, is niet doelmatig bevonden. De refractieafwijking van verzoekster voldoet aan de indicaties zoals genoemd in de Consensus Refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Naast deze indicaties dient sprake te zijn van een aangetoonde contactlensintolerantie. Verzoekster is pas redelijkerwijs aangewezen op refractiechirurgie indien de refractieafwijking onvoldoende kan worden gecorrigeerd met een bril én zij een contactlensintolerantie heeft.

5.2. Een bril biedt onvoldoende correctie voor de refractieafwijking. Echter, niet voldoende is aangetoond dat verzoekster een contactlensintolerantie heeft en waarom het medisch gezien niet mogelijk is dat verzoekster contactlenzen draagt. Gezien het ontbreken van een deugdelijke onderbouwing van de stelling dat verzoekster intolerant is voor het dragen van contactlenzen, is besloten om geen contact op te nemen met de oogarts. Uit de informatie die is verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar is niet gebleken dat verzoekster in de afgelopen twaalf maanden nieuwe contactlenzen heeft geprobeerd, eventueel in combinatie met kunsttranen. Voorts is geen contra-indicatie voor contactlenzen vastgesteld, zoals contactlens geïnduceerde keratitis of diepe stromale vascularisatie.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij het standpunt van verzoekster met betrekking tot de procedure begrijpt. Echter, het is de oogarts, die bekend is met de regels, die de aanvraag voor de behandeling heeft gedaan. Het lijkt er op dat de arts verzoekster niet goed heeft voorgelicht. Door de ziektekostenverzekeraar is geen goedkeuring gegeven. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat hij weinig aan de stukken heeft toe te voegen. De contactlensintolerantie kon niet worden onderbouwd en daarom is afwijzend beslist. Dit standpunt wordt door het Zorginstituut bevestigd.

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 de artikelen A.2.22. en A.23. 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) **Medische specialistische zorg algemeen***

(...)

U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"

8.4. Artikel A.3.2. luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) **Inhoud en omvang van zorg***

(...)

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn (...)."

8.5. De artikelen B.4.3. en A.3.2. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. 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 de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. 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 D.1.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op gezichts-scherptebehandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen naar de normen van medisch specialisten door middel van ooglaserbepaling. Dit doen wij tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode. Hoe hoog het vergoedingsbedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

-U krijgt de behandeling niet vergoed uit de zorgverzekering.

- U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

(...)"

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 juni 2013, als richtlijn voor refractiechirurgie heeft opgesteld, de zogenoemde Consensus Refractiechirurgie (hierna: de Consensus). 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 de commissie bij haar beoordeling uitgaan van voornoemde richtlijn.

- 9.2. In hoofdstuk 12 van de Consensus zijn de medische indicaties opgenomen:


12.3. Phake lens

- Hoge myopie > 10,0 D met contactlensintolerantie
- Hoge hyperopie >+5,0 D met contactlensintolerantie
- Hoge anisometropie >4,0 D met contactlensintolerantie.
- Hoge astigmatisme > 4,0 D met contactlensintolerantie
- Astigmatisme na perforerende keratoplastiek of cataractoperatie, indien andere methoden van astigmatisme-correctie niet mogelijk of gewenst zijn



12.4 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 brilintolerantie bij gebleken contactlensintolerantie (allergische aandoeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen).

- 9.3. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of bij verzoekster, vóór de behandeling werd uitgevoerd, een aantoonbare contactlensintolerantie bestond. In de aanvraag van de oogarts van 10 oktober 2014 wordt aangenomen dat verzoekster een contactlensintolerantie heeft opgebouwd, veroorzaakt door droge ogen. Onvoldoende is gebleken dat onderzoek is gedaan naar de oorzaak van de oogproblemen van verzoekster en derhalve is geen sprake van een - vastgestelde - contactlensintolerantie als bedoeld in de Consensus. Voorts is gesteld noch gebleken dat bij




verzoekster vóór de ingreep een bijzondere situatie als bedoeld onder 12.4 van de Consensus aan de orde was, met name is bij haar geen volstrekte brilintolerantie vastgesteld.

- 
- 9.4. De verklaring die de oogarts van verzoekster heeft gedaan, doet hieraan niet af, aangezien deze verklaring onvoldoende inzicht verschaft waarom sprake is van een contactlensintolerantie. Derhalve moet worden geoordeeld dat verzoekster vóór de ingreep niet was aangewezen op refractiechirurgie. Zij kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering.
- 
- Het feit dat verzoekster niet bekend was met de criteria die in dit verband worden gehanteerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De behandelend oogarts was hier immers wel van op de hoogte en hij heeft ook de aanvraag ingediend.






Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster aanspraak op maximaal € 200,- per twee jaar voor gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen tezamen. Bij de gezichtsscherptebehandelingen gaat het, op grond van artikel D.1.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering, uitsluitend om de correctie van de gezichtsscherpte door middel van een ooglaserbehandeling. Een zodanige behandeling is bij verzoekster evenwel niet uitgevoerd.



Conclusie

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



Zeist, 27 januari 2016,



A.I.M. van Mierlo



