

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Chrystalens® bij staar
Zaaknummer : 2008.01545
Zittingsdatum : 20 mei 2009

Zaak: 2008.01545, geneeskundige zorg, Chrystalens® bij staar

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, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 15 januari 2008 de bij haar in rekening gebrachte kosten ad € 3900,- voor het plaatsen van twee Chrystalenzen® niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose, te weten staar, bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de aan hem in rekening gebrachte kosten verbonden aan het plaatsen van twee multifocale implantlenzen (Chrystalenzen®) ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 15 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 juni 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 29 juni 2008 heeft verzoeker zich tot de SKGZ gewend met het verzoek de zaak in behandeling te nemen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 16 december 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 23 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 maart 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 maart 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 22 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 maart 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 30 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de Crystalens® niet gerekend kan worden tot een verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 april 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 mei 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 1 juni 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 4 juni 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij vanwege intensief beeldschermgebruik en het feit dat hij per jaar 40.000 km moet rijden, ook 's nachts, het best gebaat is bij een Chrystalenzen® ter behandeling van zijn staar. Hoewel de behandelend arts hem niet kon garanderen dat hij de behandeling vergoed zou krijgen van de zorgverzekeraar, meent verzoeker toch recht te hebben op vergoeding daarvan. De keuze voor de Chrystalenzen® moet bij een eerste operatie al gemaakt worden, omdat anders de cellulaire oogspiertjes die nodig zijn voor de bevestiging van de lens, worden geamputeerd. Een dergelijke behandeling daarna is dan niet meer mogelijk.
- 4.2. Op grond van artikel 8.2 van de zorgverzekering en het feit dat de Chrystalenzen® al honderdduizenden keren zijn toegepast in de Verenigde Staten, is verzoeker, onder vermelding van het rapport 'Stand van de wetenschap en praktijk', van oordeel dat het hier een volkomen gebruikelijke behandeling betreft.
- 4.3. Het feit dat de zorgverzekeraar verminking door amputatie niet bezwaarlijk en als normaal en een onderdeel van een doeltreffende oplossing beschouwt is voor verzoeker onbegrijpelijk. Hij ziet niet in waarom hij genoeg dient te nemen met monofocale lenzen, als in zijn situatie de multifocale lenzen de meest geschikte zijn.
- 4.4. 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 bij een staaroperatie gekozen kan worden voor drie soorten lenzen. Een monofocale lens, waarbij een bril vaak noodzakelijk blijft, een bifocale lens dan wel multifocale lens, waarna meestal geen bril meer nodig is. De prijzen van de diverse lenzen lopen uiteen.
- 5.2. Op grond van de zorgverzekering dient gekozen te worden voor de minst kostbare, maar wel doeltreffende oplossing. De oplossing is doeltreffend als het gezichtsvermogen (grotendeels) wordt hersteld.
Uit de website van de oogkliniek blijkt dat een monofocale lens altijd geschikt is. Op grond daarvan wordt aangenomen dat dit ook in de situatie van verzoeker geldt.
- 5.3. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld een verklaring van zijn behandelend oogarts te overleggen, als die van mening is dat een monofocale lens geen adequate en doelmatige oplossing biedt voor verzoeker. Van deze mogelijkheid is door verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 5.4. Naast het DBC-tarief voor het plaatsen van een monofocale implantlens bij staar, wordt door de oogkliniek een eigen bijdrage van € 1.950,00 per lens gevraagd, zoals ook blijkt uit de website van de oogkliniek. Het DBC-tarief is door de oogkliniek bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Deze rekening is voldaan. De rekening die de oogkliniek aan verzoeker heeft gezonden in verband met de eigen bijdrage van € 1.950,-- per lens (tezamen dus € 3.900,--) blijven om die reden voor rekening van verzoeker.
- 5.5. De zorgverzekeraar stelt dat, naar achteraf is gebleken, de Chrystalenzen® niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en om die reden de staaroperatie niet als verzekerde prestatie had behoeven te worden vergoed. Nu eenmaal tot vergoeding is overgegaan zal de zorgverzekeraar deze kosten niet terugvorderen.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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. Het betreft hier een restitutiepolis met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8 van de zorgverzekering.
Artikel 8.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat. Voor zover hier relevant, wordt hierin bepaald:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonder-

zoek (...).”

Artikel 8.2 van de zorgverzekering bepaalt:

”De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op vergoeding van kosten van zorg bestaat, worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding wordt in artikel 11, voor zover hier relevant, het navolgende bepaald:

”a. Verzekerde dient de zorg of andere diensten, op vergoeding waarvan hij ingevolge de zorgverzekering recht heeft, in beginsel te betrekken van een door zorgverzekeraar ter zake van die zorg gecontracteerde aanbieder.

(...)

d. Zorgverzekeraar stelt verzekeringnemer en/of de betreffende verzekerden in kennis van de gecontracteerde aanbieders door hetzij mondelinge of schriftelijke mededeling door of namens zorgverzekeraar, hetzij publicatie op de website van zorgverzekeraar, hetzij op enige andere wijze. Indien de zorg of overige diensten zijn verleend door een gecontracteerde aanbieder worden de kosten vergoed die zorgverzekeraar met die aanbieder voor de verleende zorg is overeengekomen.

(...).”

- 7.2. De regeling in de artikelen 8.2, 8.4 en 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald wordt door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie stelt allereerst vast dat hoewel blijkens het advies van het CVZ, waarvan de commissie de conclusie deelt, het plaatsen van Chrystalenzen niet als verzekerde prestatie kan worden aangemerkt, dit punt verder in het midden kan blijven nu de zorgverzekeraar daaraan geen consequenties verbindt voor hetgeen ten tijde van

dat advies reeds voor de behandeling zelf was vergoed.. In geschil is dan nog of verzoeker op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering recht heeft op vergoeding van de eigen bijdrage van € 3.900,-- die hij heeft moeten betalen voor de plaatsing van twee Chrystalenzen®.

- 7.6. Verzoeker heeft voor het plaatsen van twee multifocale implantlenzen van de oogkliniek een rekening gekregen van € 3.900,00. Naar de commissie is gebleken is berust dit bedrag op een eigen bijdrage aan de oogkliniek per lens van € 1.950,00, zoals ook is aangegeven op de website van de oogkliniek.
Daarnaast is door de zorgverzekeraar op grond van DBC-prestatiecode 11.000.8554.0032 een bedrag van € 1.122,-- rechtstreeks aan de kliniek vergoed voor de onderhavige behandeling, die in verband met het zijn van gecontracteerde zorg door de kliniek rechtstreeks bij de zorgverzekeraar was gedeclareerd.
- 7.7. Met betrekking tot de DBC-prestatiecode merkt de commissie op dat waarschijnlijk is bedoeld DBC-prestatiecode 01.11.00.0554.0032, die staat voor oogheelkunde/reguliere zorg/ cataract/ verrichtingen met dagopname(n). Het betreft hier een zogenaamde B-segment DBC-prestatiecode, waarvoor de tarieven voor de ziekenhuis-kosten ter vrije onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder staan. Uit het vergoedingenoverzicht van de zorgverzekeraar is gebleken dat voor het jaar 2009 de bij deze DBC-prestatiecode behorende vergoeding € 800,00 bedraagt, zodat een vergoeding van € 1.122,-- in 2007 de commissie niet onredelijk voor komt.
- 7.8. De eigen bijdrage van € 1.950,-- per lens, dient naar het oordeel van de commissie voor rekening van verzoeker te blijven, nog daargelaten dat ondanks een expliciet verzoek daartoe van de verzekeraar niet is gebleken van een medische onderbouwing om geen gebruik te kunnen maken van de standaard lens voor dergelijke situaties.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juni 2009,

Voorzitter