

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: medisch-specialistische zorg, refractiechirurgie
Zaaknummer	: ANO07.270
Zittingsdatum	: 3 oktober 2007

Zaak: ANO07.270 (medisch-specialistische zorg, refractiechirurgie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 9 maart 2007 inzake de afwijzing van de aanvraag voor refractiechirurgie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering 2007, variant Natura, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 9 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat afwijzend was beslist op de aanvraag voor refractiechirurgie.
- 3.3. Verzoekster heeft bij brief van 22 maart 2007 aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Er is geen document overgelegd, waaruit het standpunt van de zorgverzekeraar na heroverweging blijkt. Verzoekster heeft verklaard dat de zorgverzekeraar haar alleen telefonisch heeft meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 8 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de inmiddels ondergane refractiechirurgische behandeling te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 20 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 21 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 14 september 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn op 3 oktober 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.10. Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster, 56 jaar, draagt vanaf 1969 contactlenzen. Sinds twee jaar heeft zij zeer veel last van haar ogen. Volgens verzoekster komt dat door haar contactlenzen. De klachten zijn toegenomen omdat zij vaker werkzaamheden achter een computer moet verrichten. Minder werken heeft de problemen niet opgelost. Met een bril verdaagt zij daglicht slecht, waardoor zij steeds haar ogen dichtknijpt, hetgeen hoofdpijn tot gevolg heeft. Lezen met een bril geeft grote problemen en zij kan er niet mee op de computer kijken.
- 4.2. Voorafgaand aan de refractiechirurgische behandeling heeft zij de zorgverzekeraar telefonisch om informatie verzocht. Tijdens dit telefoongesprek is haar verzekerd dat zij de behandeling vergoed zou krijgen, wanneer zij een medische indicatie had. Andere zorgverzekeraars vergoeden de kosten van de behandeling wel.
- 4.3. Verzoekster verzoekt de commissie te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de uitgevoerde refractiechirurgische behandeling te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat een vergoeding voor refractiechirurgie alleen mogelijk is indien sprake is van één van de indicaties, genoemd in de Consensus mei 2003 van de werkgroep refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap. Verzoekster voldoet niet aan de gestelde voorwaarden.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde refractiechirurgische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De vraag die voorligt, is of in dit geval aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een refractiechirurgische behandeling ten laste van de zorgverzekering, zoals deze tussen partijen bestond ten tijde van de van de onderhavige aanvraag.
- 7.2. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde aanspraak heeft op zorg in natura zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden. De zorg in natura wordt verleend door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Bij gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kan een aangepaste vergoeding aan de orde zijn. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 15 van de zorgverzekering. Laatstgenoemd artikel bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden: (...) “

Verder bepaalt artikel 10 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang:

Er bestaat geen aanspraak op:

10.1. zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden als en voorzover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;

10.2. zorg of vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;

- 7.3. De zorgverzekering is, mede gezien artikel 2.11 van de zorgverzekering, gebaseerd op hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van medisch-specialistische zorg als hier aan de orde strookt met het bepaalde in de artikelen 10, 11 en 13 van de Zvw en de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv.
- 7.4. Voor de beantwoording van de vraag of verzoekster een indicatie heeft voor een refractiechirurgische behandeling verwijst de zorgverzekeraar naar de Consensus van mei 2003 van de werkgroep refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) . De commissie is uit eigen onderzoek gebleken dat verzoeksters behandelaar op zijn website verwijst naar het Nederlands Gezelschap voor Refractiechirurgie (welke dezelfde is als de werkgroep refractiechirurgie van het NOG). Verder constateert de commissie dat het Nederlands Gezelschap voor Refractiechirurgie in februari 2006 een nieuwe “Consensus” heeft uitgebracht. Deze richtlijn is gebaseerd op de beschikbare kennis op het moment van opstellen. De commissie is bij onderzoek niet gebleken dat deze richtlijn inmiddels door een nieuwe is vervan-

gen. Ook door verzoekster is de (actualiteit van deze) richtlijn overigens niet bestreden, zodat dit stuk als kader voor de beoordeling kan dienen.

- 7.5. De behandelend oogarts heeft in zijn aanvraag niet vermeld welke refractiechirurgische behandeling wordt uitgevoerd. Het is in beginsel aan de zorgaanbieder een behandeling voor te stellen, waarna de zorgverzekeraar aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden beoordeelt of die voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.6. In hoofdstuk 12 van de Consensus refractiechirurgie van februari 2006 worden de volgende medische indicaties voor de diverse refractiechirurgische behandelingen genoemd:

12. Medische indicaties

12.1. PTK

- *Superficiële corneadystrophie*
- *Centraal gelegen recidiverende erosies, waar bandagecontactlenzen hebben gefaald*
- *Perifere recidiverende erosies, die niet op andere modaliteiten van behandeling hebben gereageerd (zalf, bandagecontactlenzen, stromal puncture of cryo-applicatie)*
- *Maculae corneae*
- *Hyaline degeneraties, waaronder proud nebulae bij keratoconus*

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*

12.3. 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*

12.4. ICR

- *Keratoconus, indien onvoldoende te corrigeren met contactlenzen*

12.5. Artisan Lens

- *Hoge myopie > -10.00 D met contactlens intolerantie*
- *Hoge hyperopie > + 5 D met contactlens intolerantie*
- *Hoge anisometropie > 4.00 D met contactlens intolerantie*
- *Hoge astigmatisme > 4.5 D 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)

- 7.7. De oogarts meldt in de aanvraag – die voor de beoordeling leidend is – de volgende refractiegegevens (subjectieve refractie):

▪	rechts	Sph -4,50	Cil -1,75	As 175	Vis 1,00
▪	links	Sph -4,50	Cil -1,50	As 5	Vis 1,00

Uit de aanvraag van de oogarts is niet gebleken dat bij verzoekster één van de onder overweging 7.6 aangehaalde indicaties voor een refractiechirurgische behandeling aan de orde is. Uit de aanvraag blijkt ook niet dat bij verzoekster sprake is van een uitzonderingsgeval als bedoeld in onderdeel 12.6 van de Consensus refractiechirurgie van februari 2006, met name een volstreekte brilintolerantie. De enkele mededeling van verzoekster dat de bril hoofdpijn veroorzaakt is in dit verband niet voldoende.

- 7.8. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat de zorgverzekeraar haar tijdens een telefoon-gesprek had toegezegd dat de refractiechirurgische behandeling wordt vergoed, wanneer zij een medische indicatie heeft. Nu op grond van de Consensus refractie-chirurgie van februari 2006 tot het oordeel moet worden gekomen dat verzoekster geen medische indicatie heeft voor refractiechirurgie en aan verzoekster, althans volgens haar stellingen, is meegedeeld dat de behandeling wordt vergoed indien zij daarvoor een indicatie heeft, hetgeen zoals hiervoor is overwogen niet het geval is, is haar geen onjuiste toezegging gedaan, zodat hetgeen zij dienaangaande heeft ge-steld haar niet kan baten.

Voorts heeft verzoekster nog aangevoerd dat andere zorgverzekeraars refractiechi-rurgische behandelingen wel vergoeden. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn wat betreft de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regel-geving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoe-ding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daar-voor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke re-den ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzeke-ring is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een be-roep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraars, kan haar dat niet baten.

- 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, 22 oktober 2007,

Voorzitter