



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten
Zaak : Medisch-specialistische zorg, floaterlaser behandelingen, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201600492
Zittingsdatum : 17 augustus 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(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: verzoeker,

tegen

- 
- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- 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 grond van de verzekering VvAA Zorgverzekering Basis (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 VvAA Zorgverzekering Optimaal 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van meerdere floaterlaser behandelingen (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 27 augustus 2015 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 e-mailbericht van 15 september 2015 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 10 april 2016 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 10 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 augustus 2016 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. Bij brief van 13 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016076640) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat floaterlaser therapie geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juli 2016 aan partijen gezonden.
- 
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.10. Bij brief van 19 augustus 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 augustus 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 verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker heeft last van glasvochttroebeling (mouches volantes) in beide ogen. In 2015 heeft hij zich met deze klachten gewend tot zijn huisarts en laatstgenoemde heeft hem doorverwezen naar een oogarts in het Maasziekenhuis. De oogarts in het Maasziekenhuis kon verzoeker niet helpen en heeft hem doorverwezen naar de Floaterlaserkliniek OMC Amstelland in Diemen (hierna: het OMCA).
- 
- 4.2. De oogarts van het OMCA heeft de ogen van verzoeker uitvoerig bekeken en adviseerde floaterlaser behandelingen. Gelet op de grote hoeveelheid glasvochttroebeling zijn volgens de oogarts zeker vier behandelingen nodig om alle mouches weg te laseren. Inmiddels heeft verzoeker twee laserbehandelingen ondergaan aan zijn rechteroog en het resultaat is fantastisch.
- 
- 4.3. Naast de klachten aan het rechteroog heeft verzoeker thans ook meer klachten aan zijn linkeroog. Door de grote hoeveelheid vlekjes/deeltjes in het glasvocht heeft verzoeker grote moeite met kijken. Hierdoor ervaart hij belemmeringen in zijn werk als apotheker, waarbij hij veel op beeldschermen moet kijken. Zodoende heeft verzoeker voor zowel het linker- als het rechteroog floaterlaser behandelingen nodig om het zicht weer enigszins terug te krijgen. Het alternatief (een vitrectomie) is bovendien veel duurder en risicovoller.
- 
- 4.4. Voorts stelt verzoeker dat noch van hem noch van een zorgaanbieder mag worden verwacht dat hij de kleine lettertjes in de verzekeringsvoorwaarden kent. Deze verzekeringsvoorwaarden zijn zo ondoorzichtig dat een verzekerde er niet uit kan halen welke beperkingen gelden. Verzekerden maken dus een oneigenlijke keuze, louter op basis van de kosten. Indien de ziektekostenverzekeraar de kosten niet ten laste van de zorgverzekering wil vergoeden, doet verzoeker een beroep op coulance.
- 
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in zijn geheel niet kijkt naar de doelmatigheid. Het alternatief voor de floaterlaserbehandelingen, een vitrectomie,

is veel risicovoller en duurder, maar wordt wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Voorts stelt verzoeker dat andere zorgverzekeraars de behandeling wel vergoeden.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat zijn medisch adviseur informatie heeft ingewonnen bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). In augustus 2015 heeft het NOG bericht geen voorstander te zijn van de inzet van laser bij floaters (of mouches volantes). Dit gelet op de experimentele fase waarin de behandeling zich bevindt. Het NOG ziet floaterlaser behandelingen niet als een effectieve en doelmatige behandeling. De effectiviteit van deze behandeling is nog onvoldoende aangetoond in wetenschappelijk onderzoek.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie een nota van het OMCA vergoed ten laste van de zorgverzekering. Op deze nota is de declaratiecode 15B625 vermeld. Dit is een code die kan worden gebruikt voor zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Later is het de ziektekostenverzekeraar gebleken dat sprake was van floaterlaser behandelingen en dat de betreffende zorgaanbieder daarom ten onrechte gebruik heeft gemaakt van genoemde declaratiecode. Na ontdekking hiervan is de nota gecorrigeerd en afgewezen.

5.3. De floaterlaser behandelingen kunnen evenmin worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering is een particuliere verzekering en de ziektekostenverzekeraar bepaalt welke zorg wordt vergoed, onder welke voorwaarden. Hierdoor kan bij een andere verzekeraar onder de aanvullende verzekering wél dekking bestaan voor floaterlaser behandelingen.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het OMCA de feiten anders weergeeft dan deze zijn. Op de website van het OMCA is vermeld dat veel verzekeraars de floaterlaserbehandeling vergoeden. Dit gebeurt omdat het OMCA de floaterlaserbehandeling declareert met zorgproductcode 15B625. Deze code staat voor een operatieve operatie aan het oog. Indien deze code wordt gebruikt zal de behandeling worden vergoed omdat deze verzekerde zorg is. Indien echter bij de code wordt vermeld dat de ingreep wordt uitgevoerd door middel van laser (code 030898) kom je bij een niet-verzekerd product.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 9 van 'Deel A' 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel 6 van 'Deel B' de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

*lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch-specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch-specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.
(...)"*

 8.4. Artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.(...)"

 8.5. Artikel 6 van 'Deel B' en artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de aangevraagde behandeling, te weten floaterlaser, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee als verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is te beschouwen.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
- Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgeenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde - waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen - bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de floaterlaser behandeling is door het Zorginstituut in zijn advies van 7 juli 2016 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de floaterlaser behandeling geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en dat derhalve geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van het ontbreken van een voor hem aanvaardbaar alternatief voor de aangevraagde behandeling, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hetzelfde geldt voor het feit dat de eerste floaterlaser behandeling door de ziektekostenverzekeraar - achteraf gezien ten onrechte - is vergoed. Door de ziektekostenverzekeraar is immers gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat de onderhavige zorg niet met de declaratiecode 15B625 had mogen worden gedeclareerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Coulancevergoeding

- 9.7. Volgens verzoeker dient de ziektekostenverzekeraar in zijn geval coulance te betrachten. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot het toepassen van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

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 augustus 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester