

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie  
Zaaknummer : 2008.00090  
Zittingsdatum : 24 september 2008

Zaak: 2008.00090, geneeskundige zorg, refractiechirurgie

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 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 14 juni 2008 de  
gewenste refractiechirurgie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verze-  
kerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze 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, van de  
Zvw.
- 3.2. De behandelend oogarts/refractiechirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose  
gesteld: "Hypermetroop astigmatisme, visus links S+3,75/C-0,3.0 as 5°, hyperme-  
troop astigmatisme en micro esotropie, visus rechts S+4.0/C-0,20 as 171°, contact-  
lensintolerantie". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde  
diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten  
verbonden aan de "behandeling voor de bioptics van zijn refractieafwijkingen" ten  
laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 juni 2007 heeft  
de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven  
van 4 oktober en 7 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker mede-  
gedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 4 januari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekerin-  
gen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak  
alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Het geschil is in het kader van de aanvullende verzekering door de Ombudman Zorg-  
verzekeringen bij brief van 1 februari 2008 ter bemiddeling aan de zorgverzekeraar  
voorgelegd, hetgeen niet heeft geleid tot een bevredigende oplossing voor partijen..
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde  
entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 19 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juni 2008 aan verzoeker toegezonden.
  - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 juli 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
  - 3.9. Bij brief van 27 juni 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker redelijkerwijs niet is aangewezen op deze vorm van zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
  - 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 24 augustus 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.11. Bij brief van 25 september 2008 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 1 oktober 2008 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 zich niet kan vinden in de afwijzing op grond van de "consensus refractiechirurgie 2006". De werkgroep die deze consensus heeft opgesteld bestaat uit slechts negen oogartsen en het is volstrekt onduidelijk wat het doel is van deze consensus, anders dan de leden van de werkgroep aan te geven hoe zij zullen werken en handelen.
  - 4.2. In vorengenoemde consensus worden allerlei voorbehouden gemaakt, bijvoorbeeld in artikel 9.6 en 14 van die consensus. Voorbehouden die zouden kunnen worden toegepast op de situatie van verzoeker.
  - 4.3. De consensus maakt geen deel uit van de polisvoorwaarden. Evenmin is in de polisvoorwaarden opgenomen dat de consensus prevaleert boven de mening van de behandelend arts.
  - 4.4. Dat verzoeker kan volstaan met een (sport) bril, zoals door de zorgverzekeraar wordt gesuggereerd, wordt nu juist door de behandelend oogarts ontkend en is voor verzoeker de reden geweest zich überhaupt tot een specialist te wenden.
  - 4.5. Naast de vergoeding van de kosten voor de behandeling refractiechirurgie, die blijkens de brief van 16 november 2007 bestaat uit het plaatsen van twee lenzen, stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar veroordeeld dient te worden in de kosten voor juridische rechtsbijstand.

4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat, indien de commissie beslist dat de consensus toch tot de voorwaarden van de zorgverzekering kan worden gerekend, deze consensus in ieder geval voldoende ruimte laat voor afwijking in het geval van bijzondere omstandigheden.

4.7. 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 de diagnose van verzoeker niet voldoet aan de indicatiecriteria van de in de consensus refractiechirurgie 2006 opgestelde richtlijnen, op grond waarvan een behandeling refractiechirurgie ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.

5.2. Dat verzoeker liever niet kiest voor een bril in verband met sport, zoals uit de eerste aanvraag van de behandelend oogarts van 15 februari 2007 blijkt, maakt dit niet anders.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat de tweede aanvraag van de oogarts, die afwijkt van de eerder door die arts ingediende aanvraag, spreekt van een intolerantie voor contactlenzen en dat de bril geen goede oplossing is voor de visusproblemen. De zorgverzekeraar kan zich voorstellen dat de oogarts van verzoeker moeite kan hebben met nadere motivering van haar aanvraag.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering 2007.

#### 7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in deel B "Omvang dekking" van de zorgverzekering. Artikel 5 van deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover relevant, wordt in de leden 1 en 2 van artikel 5 het volgende bepaald:

*"Lid 1*

*(...) De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.*

*Lid 2 b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg*

*Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”*

In deel A, de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, bepaalt artikel 2 in lid 6 en 7 het navolgende:

*”Lid 6*

*De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.*

*lid 7*

*De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”*

- 7.2. De regeling in de artikel 5 van deel B en artikel 2 van deel A van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden 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 vervolgens bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden 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.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Dat refractiechirurgie waartoe de onderhavige behandeling behoort, en dat aan de hand van de Consensus Refractiechirurgie op voor de beroepsgroep geldende richtlijnen geschied, zorg is als medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, staat tussen partijen niet ter discussie. In geschil is derhalve of verzoeker op grond van de internationale stand van de wetenschap en de praktijk een indicatie heeft voor een Bioptics (een behandeling bestaande uit het plaatsen van lensimplantaten, gevolgd door een LASEK-behandeling ter correctie van de restafwijking) van beide ogen bij een visusbeperking rechts S+4.0/C-0,20 as 171° bij een hypermetropie astigmatisme en een visusbeperking links S+3,75/C-0,3.0 as 5° bij een hypermetropie astigmatisme en micro-esoforie.
- 7.6. Wat betreft de refractiechirurgie zijn afspraken gemaakt, welke zijn neergelegd in de Consensus Refractiechirurgie februari 2006 van het Nederlands Gezelschap voor Re-

fractie Chirurgie (hierna: de consensus). Deze binnen de betreffende beroepsgroep gevormde, thans interne richtlijn voor de klinische praktijk waardoor deze zorg kan worden gekwalificeerd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, wordt ook door de zorgverzekeraar aangehouden bij diens beslissingen op aanvragen voor refractiechirurgie

Met betrekking tot de behandelend oogarts van verzoeker overweegt de commissie verder als volgt. Uit de website van het Nederlands oogheelkundig gezelschap (hierna: het NOG), blijkt dat de oogarts van verzoeker, evenals andere oogartsen uit de praktijk van de oogarts van verzoeker, zich laten registreren en thans staan geregistreerd als refractiechirurgen bij het Nederlandse Gezelschap van Refractiechirurgen (hierna: het NGRC). Het NGRC is opgericht als werkgroep van het NOG en heeft als doelstelling de kwaliteit van de refractiechirurgie in Nederland te bewaken en bevorderen. Richtlijnen hiertoe, welke worden opgesteld na overleg met de Inspectie voor de Volksgezondheid, zijn verwoord in de 'Consensus Refractiechirurgie'. Oogartsen die zich conformeren aan deze richtlijnen zijn opgenomen in bovengenoemd register. Aangezien de behandelend oogarts van verzoeker geregistreerd is als refractiechirurg, concludeert de commissie dat ook de oogarts de richtlijnen in de consensus volgt.

- 7.7. Door het NGRC zijn medische indicaties opgesteld, die erkend worden door de zorgverzekeraars in Nederland, althans door de zorgverzekeraar van verzoeker. Volgens de uitvoeringsrichtlijnen, is blijkens hoofdstuk 12 sprake van een medische indicatie voor een Artisan® implantlens indien het volgende zich voordoet:

*“ - 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;  
- in uitzonderingsgevallen kunnen bijzondere indicaties zich voordoen. Hiervoor dient steeds een individuele machtiging met onderbouwing van de medische indicatie worden ingediend. Als voorbeeld van deze bijzondere gevallen kan gedacht worden aan volstrekte bril intolerantie bij gebleken contactlens intolerantie (allergische aan doeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen)”*

- 7.8. Naar het oordeel van de commissie blijkt uit de machtigingsaanvragen van 15 februari en 16 april 2007 van de behandelend oogarts noch van één van de bovengenoemde specifieke indicaties, noch van een bijzondere indicatie, op grond waarvan de onderhavige behandelingen voor het rechter- dan wel linkeroog voor vergoeding in aanmerking zouden kunnen komen. Zij sluit hiermee aan bij de overwegingen hieromtrent in het advies van het CVZ van 25 augustus 2008.
- 7.9. Volgens verzoeker laat de consensus voldoende ruimte om over te gaan tot een behandeling die afwijkt van de consensus. Naar het oordeel van de commissie biedt de consensus daarvoor in zoverre ruimte, dat in die situatie volgens de gedragscode van refractiechirurgen die is opgenomen in hoofdstuk vier van de consensus, de behandelend oogarts gehouden is een beargumenteerde onderbouwing in het medisch dossier te noteren en deze afwijkende behandeling te bespreken in het Nederlands Gezelschap voor Refractiechirurgie en/of een ander erkend oogheelkundig gremium. Hiervan is de commissie niet gebleken in de onderhavige situatie.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2008,

Voorzitter