



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, meerkosten gebruik Catalys Precision Laser®

Zaaknummer : 201402600

Zittingsdatum : 19 mei 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 basis van de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis drie sterren 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).  
De eveneens afgesloten verzekering Beter Af 50 Plus Pakket is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 een staaroperatie, multifocale lenzen en een laserbehandeling aan beide ogen (hierna: de aanspraak). Bij e-mailberichten van 30 december 2013 en 9 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd. De staaroperatie komt voor volledige vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, en voor de lenzen wordt vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding verleend van maximaal € 500,--.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 24 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 15 oktober 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 9 december 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 11 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 mei 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 17 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 april 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015033927) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de meest passende DBC-zorgproductcode is gehanteerd, en het bijbehorende tarief aan verzoeker is vergoed. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 5 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 juni 2015 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 in het eerste kwartaal van 2014 een staaroperatie ondergaan, die is uitgevoerd door Eyescan, een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Voorafgaand aan de ingreep ontving verzoeker hiervoor een offerte, waaruit bleek dat slechts een deel van de kosten door de ziektekostenverzekeraar werd vergoed. Omdat bekenden van verzoeker hem vertelden dat de kosten van een staaroperatie en plaatsing van monofocale lenzen volledig worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, heeft verzoeker contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hij heeft geïnformeerd naar de vergoeding van een staaroperatie met plaatsing van multifocale lenzen en met gebruikmaking van geavanceerde laserapparatuur (Catalys Precision Laser®). Verzoeker heeft in antwoord op zijn vraag van de ziektekostenverzekeraar twee e-mailberichten ontvangen. Hij heeft ook telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker deelde hem bij die gelegenheid mede dat de kosten van de staaroperatie en het plaatsen van monofocale lenzen volledig worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De meerprijs van de multifocale lenzen wordt gedeeltelijk vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, namelijk tot een bedrag van € 500,-. Op grond van deze informatie heeft verzoeker besloten de ingreep te laten uitvoeren.

- 4.2. Na declaratie deelde de ziektekostenverzekeraar verzoeker mede dat de meerkosten van het gebruik van de Catalys Precision Laser® niet voor vergoeding in aanmerking komen, en dat de kosten van de staaroperatie en het plaatsen van de multifocale lenzen slechts gedeeltelijk worden vergoed.  
Het geschil betreft derhalve de kosten van het gebruik van de Catalys Precision Laser® ter hoogte van € 2.980,- en de kosten van de staaroperatie, behoudens de meerkosten van € 803,- (€ 6.103,- - € 5.300,-) voor de multifocale lenzen. Verzoeker heeft twee nota's betaald aan de zorgaanbieder ten bedrage van € 2.916,50 en € 3.051,50. Indien de meerkosten van € 803,- hierop in mindering worden gebracht, betekent dit dat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar nog een vergoeding dient te krijgen ter hoogte van € 5.165,-.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij door de huisarts is doorverwezen voor een staaroperatie. Hij is hierop naar Eyescan gegaan voor een voorbereidend gesprek en een offerte. Eyescan had een contract met de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker wilde multifocale lenzen. De extra kosten hiervan zouden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering komen. Hierover bestaat geen geschil. Vervolgens sprak verzoeker een kennis die bij het Oogziekenhuis in Den Haag een staaroperatie had ondergaan, waarvan alle kosten waren vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit vormde voor verzoeker reden een e-mail te sturen aan de ziektekostenverzekeraar en contact te zoeken met de helpdesk. De medewerker kon in eerste instantie niet vertellen of de behandeling met de Catalys Precision Laser® werd vergoed. Na ruggespraak met een collega antwoordde zij dat de hele staaroperatie werd vergoed. Volgens de offerte zou € 1.490,- per oog voor eigen rekening blijven. Als echter alles zou worden vergoed, wilde verzoeker kiezen voor de beste behandeling, met de laser. Ongeveer 90 percent van de patiënten kiest voor behandeling met de laser. Verzoeker was ervan op de hoogte dat de meerkosten van de multifocale lenzen voor zijn rekening zouden blijven. Als hij had geweten dat hij de kosten van de laserbehandeling ook moest betalen, had hij hiervoor niet gekozen.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De staaroperatie betreft medisch-specialistische zorg, die voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Met Eyescan is hiervoor een contract afgesloten, waarbij afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit en de prijs. Eyescan declareert de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. De meerkosten van de multifocale lenzen en de laserbehandeling kunnen niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Hierover heeft Eyescan verzoeker geïnformeerd, en is hem een aparte nota verstrekt voor bedoelde meerkosten en de laserbehandeling.
- 5.2. Verzoeker stuurde de ziektekostenverzekeraar op 27 december 2013 een offerte voor implantlenzen, waarop was vermeld dat een enkelvoudige lens € 2.200,- zou kosten, en een multifocale lens € 3.100,-. Op 30 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geantwoord dat Eyescan is gecontracteerd, en dat de staaroperatie rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar in rekening kon worden gebracht. Op 9 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geschreven dat als het bedrag op de offerte alleen betrekking heeft op de laserbehandeling, geen vergoeding zou worden verleend. Als in de totale kosten ook de staaroperatie was opgenomen, zou een deel van de kosten worden vergoed. Op 22 januari 2014 stuurde verzoeker een nota voor de ingreep op 21 januari 2014 en op 23 januari 2014 volgde een aangepaste offerte met lagere bedragen.  
De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de aan verzoeker gegeven informatie juist is. Op de nota's die verzoeker van Eyescan heeft gekregen, worden de meerkosten voor de multifocale lenzen gedeclareerd. Hiervoor is het maximale bedrag van € 500,- vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering betaald.

- 5.3. Verzoeker heeft om hem moverende redenen gekozen voor het gebruik van de Catalys Precision Laser® als behandelwijze ten behoeve van de staaroperatie. Voorgaande valt onder de kosten van de aan de zorgaanbieder vergoede DBC met code 070401008. Aan verzoeker is kenbaar gemaakt dat deze kosten niet apart voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat Eyescan een bedrag van € 1.453,22 heeft ontvangen op grond van de toepasselijke DBC. Hierbij gaat het om het tarief bij plaatsing van monofocale lenzen. Daarnaast is een vergoeding verleend ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De onderhavige kwestie gaat over de meerkosten van de Catalys Precision Laser®. Uit het dossier blijkt niet dat met betrekking hiertoe een toezegging is gedaan.
- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 volledig 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg is aangewezen op niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 24 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg (poliklinisch) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- “Ondergaat u een medisch-specialistische poliklinische behandeling? Dan vergoeden wij de kosten van:*  
*a medisch-specialistische zorg;*  
*b paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)*”
- 8.4. Artikel 24 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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.

8.6. 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.

8.7. Artikel 20 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op ooglaseren en lensimplantatie en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling en/of de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.*

*Voorwaarden voor vergoeding*

*1 De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van dit genootschap.*

*Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.*

*2 Voor vergoeding van de meerkosten van een lens moet u recht hebben op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering.*

*Beter Af Plus Polis*

*(...)*

*3 sterren maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een staaroperatie met plaatsing van een (multifocale) lens een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep aan beide ogen een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding.

9.2. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder een vergoeding heeft verleend voor de staaroperatie. Hij heeft hiervoor het DBC zorgproduct 070401008 gehanteerd met als omschrijving: "Operatie om cataract (staar) te verhelpen bij een aandoening van de ooglens". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar bedraagt het door hem gecontracteerde tarief € 1.453,22. Anders dan verzoeker stelt, betreft dit een volledige vergoeding van de operatie. Verzoeker heeft een aparte nota ontvangen voor de meerkosten van multifocale lenzen en het gebruik van de Catalys Precision Laser®. Verzoeker heeft toegelicht dat hem duidelijk is dat de meerkosten van de multifocale lenzen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is derhalve de vraag of de

kosten van het gebruik van de Catalys Precision Laser® door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden vergoed. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

- 9.3. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 7 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-zorgproductcode voor de staaroperatie gebruikt. De ziektekostenverzekeraar mag volgens het Zorginstituut ervan uitgaan dat indien een zorgaanbieder afwijkt van de gecontracteerde zorg door een vergoeding te verlangen die boven het afgesproken tarief uitkomt, de zorgaanbieder dit duidelijk kenbaar maakt aan de patiënt, en aan de patiënt de keuzemogelijkheden voorlegt. Gelet hierop heeft verzoeker geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, op grond van artikel 20, dekking voor de kosten van ooglaseren, tot een bedrag van maximaal € 500,-- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

#### **Telefonische toezegging**

- 9.5. In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zouden zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

#### **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, 17 juni 2015,

A.I.M. van Mierlo