

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie
Zaaknummer : ANO07.027
Zittingsdatum : 21 maart 2007

Zaak: ANO07.027, 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 2006, art. 11 Zvw, 2.1 lid 1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 1 september 2006 inzake de afwijzing van refractiechirurgie met behulp van lensimplantaten beiderzijds en de afwijzing van de vergoeding van het vooronderzoek in een oogkliniek in Rotterdam.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 1 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de door hem gevraagde refractiechirurgie – te weten het plaatsen van twee Artisan® lensimplantaten – en het bijbehorende vooronderzoek in een oogkliniek te Rotterdam niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 31 oktober 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de plaatsing van de Artisan® lensimplantaten en het bijbehorende vooronderzoek in de oogkliniek in Rotterdam te vergoeden
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 26 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 8 februari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 14 februari 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 24 februari 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 5 maart 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 8 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 24-jarige man. Blijkens de aanvraag voor een machtiging van de behandelend oogarts is bij verzoeker een hoge myopie ODS gediagnosticeerd, met rechts een refractiewaarde van $S-8.25=C-2.00 \times 20^\circ$ en links een refractiewaarde van $S-7.75=C-1.50 \times 162^\circ$. Daarnaast voert verzoeker het aanwezig zijn van migraine aan als reden voor een operatief ingrijpen. De behandelend oogarts heeft refractiechirurgie voorgesteld door middel van het implanteren van Artisan® lenzen in beide ogen.
- 4.2. Verzoeker kan zich niet verenigen met de afwijzing van zijn machtigingsverzoek. Hij is van mening dat, nu hij gekozen heeft voor een oogziekenhuis en niet voor een particulier behandelcentrum, hij erop mocht vertrouwen dat sprake was van een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum als bedoeld in artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en dat de kosten reeds daarom voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.3. Voorts is verzoeker het niet eens met de afwijzing van het verzoek om een machtiging omdat deze ten onrechte is gebaseerd op een laserbehandeling terwijl het de facto de implantatie van lenzen betreft.
- 4.4. Tot slot is verzoeker van oordeel dat de zorgverzekeraar niet zorgvuldig is geweest in het verstrekken van informatie. De zorgverzekeraar had zijns inziens in de brief van 9 mei 2006 moeten aangeven dat niet elke oogheelkundig onderzoek voor vergoeding in aanmerking komt, en de bijbehorende polisvoorwaarden moeten meezenden. Verzoeker vindt dat door dit nalaten bij hem verwachtingen zijn gewekt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft in tweede instantie ingezien dat het vooronderzoek ten onrechte niet vergoed is. Met het nadere standpunt van 26 januari 2007 wordt aangegeven dat dit onderzoek alsnog vergoed zal worden.
- 5.2. Ten aanzien van refractiechirurgie merkt de zorgverzekeraar ten eerste op dat deze behandelingsvorm zowel op de lensimplantatie als op de laserbehandeling ziet. Voor beide behandelingsvormen gelden dan ook dezelfde voorwaarden.
- 5.3. In het onderhavige geschil is de zorgverzekeraar van oordeel dat verzoeker naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet op deze vorm van zorg is aangewezen. Ter zake

van refractiechirurgie wordt namelijk uitsluitend vergoeding verleend als sprake is van de volgende medische indicaties:

- aandoeningen van het hoornvlies;
- anisometropie (verschil in lenssterkte tussen beide ogen van meer dan 4D) en om medische en oogheeskundige redenen geen contactlenzen gedragen kunnen worden;
- bijziendheid van meer dan 10D en om medische en oogheeskundige redenen geen contactlenzen gedragen kunnen worden.

Geen van deze indicaties is bij verzoeker aan de orde.

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.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

7.2. Het betreft hier een mixpolis. Geneeskundige zorg valt onder de restitutiebepaling waardoor verzoekster in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Artikel 15 ziet op de medisch specialistische zorg en bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

(...)

Machtiging: ja

Artikel 2.3 ziet op de medische noodzaak en bepaalt als volgt.

"Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vak gebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

- 7.3. De regeling van de artikelen 2.3 en 15 is volgens artikel 2.10 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander naar aard en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 2 beperkt de inhoud en de omvang van de zorg of diensten tot hetgeen naar de stand van de wetenschap en praktijk te gelden heeft als geneeskundige zorg. Bij het ontbreken van een zodanige maatstaf geldt hetgeen dat in het betrokken vakgebied te gelden heeft als verantwoorde en adequate zorg.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Met betrekking tot refractiechirurgie zijn afspraken gemaakt, welke neergelegd zijn in de Consensus refractiechirurgie mei 2003 van het Nederlands Gezelschap voor Refractie Chirurgie. Volgens deze uitvoeringsrichtlijnen, die kennelijk worden gevolgd door de zorg-verzekeraar én de behandelend oogarts van verzoeker – zoals blijkt op de website van de oogkliniek in Rotterdam – is sprake van een medische noodzaak indien het volgende zich voordoet:
- hoge myope anisometrie > 4.00D met contactlens intolerantie;
 - hoge myopie > -10.00 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.
- 7.7. Naar het oordeel van de commissie blijkt uit de machtigingsaanvraag van 24 augustus 2006 en de e-mail van 26 oktober 2006 van de behandelend oogarts noch van één van de bovengenoemde specifieke indicaties, noch van een bijzondere indicatie. Verzoekers situatie kan niet als een uitzonderingsgeval worden betiteld en waar het de migraineklachten betreft, moet worden vastgesteld dat een objectiveerbaar verband tussen de refractie en deze klachten tot op heden niet is aangetoond.
- 7.8. De kosten, verbonden aan van het vooronderzoek behoeven geen bespreking nu de zorgverzekeraar alsnog tot vergoeding hiervan overgaat.
- 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, 18 april 2007,

Voorzitter