



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, Artisan® lenzen  
Zaaknummer : 201303085  
Zittingsdatum : 25 juni 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

## 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

- 1) C te E, en
- 2) D te E, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Femke en AV Tand Lars afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op implantatie van Artisan® lenzen (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten principale op het standpunt dat implantatie van Artisan® lenzen niet voor vergoeding in aanmerking komt, doch heeft abusievelijk aan verzoekster medegedeeld dat een vergoeding wordt verleend van € 1.900,--.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 e-mailbericht van 5 maart 2014 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 april 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014057001) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat het implanteren van Artisan® lenzen een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Aangezien de indicatie van verzoekster voor refractiechirurgie niet ter discussie staat, heeft verzoekster aanspraak op de aangevraagde medisch-specialistische behandeling, met de kanttekening dat niet duidelijk is of, en waarom na implantatie een nabehandeling met laser noodzakelijk zou zijn, aldus het Zorginstituut. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 juni 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 27 juni 2014 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld na te gaan wat zou zijn vergoed op basis van de aanvraag en te specificeren welke vergoeding van toepassing is voor de laserbehandeling. Ook is hij gevraagd in te gaan op het door verzoekster gestelde aangaande het verplicht eigen risico, meer specifiek dat bij tijdige en correcte afwikkeling van de aanvraag het eigen risico niet zou zijn verrekend met de vergoeding. Bij brief van 7 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 15 juli 2014 medegedeeld dat het geschil is opgelost. Een afschrift van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend oogarts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Bovengenoemde patiënte zag ik op 21-6-2013 in verband met de mogelijkheid tot refractiechirurgie. Zij draagt een bril, OD S-g.75=C-0.50 x 178° en OS S-9.50=C-0.75 x 160°. Zij is contactlensintolerant na een doorgemaakte virale conjunctivitis afgelopen jaar. (...) Naar mijn mening voldoet patiënte aan de medische indicatie voor implantatie van een Artisan lens ODS. Deze medische indicatie is vastgesteld in paragraaf 12.5 van de Consensus voor Refractiechirurgie versie 2012. (...)”*
- 4.2. Verzoekster is 30 jaar oud en heeft een dochter van twee jaar oud. Het dragen van een bril met een sterkte van ongeveer -10 brengt vele ongemakken met zich. Verzoekster kan bepaalde dingen hierdoor niet, zoals met haar dochter naar het zwembad gaan en samen douchen. Volgens de oogarts voldoet verzoekster aan de voorwaarden voor het implanteren van Artisan® lenzen. Het gaat niet om een cosmetische ingreep. Gelet op haar jonge leeftijd zal verzoekster nog vele jaren baat hebben van de lenzen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar beroept zich op een standpunt van het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ, thans: Zorginstituut Nederland) inzake Artisan® lenzen. Bij dit standpunt betrof het echter een andere behandelindicatie dan die van verzoekster. Aangezien met betrekking tot de indicatie van verzoekster door het CVZ geen standpunt is ingenomen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de kosten van de ingreep te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat in de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar staat dat een vergoeding wordt verleend, maar niet hoeveel die vergoeding bedraagt. Ook heeft de late beslissing van de ziektekostenverzekeraar gevolgen gehad voor haar eigen risico. In 2013 was dit eigen risico - anders dan in 2014 - al deels volgemaakt, waardoor een groter deel van de kosten voor vergoeding in aanmerking zou zijn gekomen.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Volgens artikel 3.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van medisch-specialistische zorg, verleend door een medisch specialist, werkzaam in een ziekenhuis, in de huispraktijk van een medisch specialist of in een zelfstandig behandelcentrum. Refractiechirurgie is een vorm van medisch-specialistische zorg. Verzoekster voldoet aan de hiervoor geldende indicatiecriteria.
- 5.2. De aanvraag heeft betrekking op Artisan®-lenzen. Uit een standpunt van het CVZ blijkt dat de behandeling van cataract en astigmatisme door het plaatsen van een torische intra-oculaire lens niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. De effectiviteit van het gebruik van deze lens is niet aangetoond. Implantatie van de Artisan®-lenzen vormt daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 5.3. Op 4 september 2013 is aan verzoekster medegedeeld dat zij een vergoeding ontvangt van € 1.900,-- per oog. Deze toezegging berust op een vergissing. Het betreft de gemiddelde kosten van een lens. De ziektekostenverzekeraar zal niet terugkomen op de gedane toezegging, maar acht zich niet gehouden de kosten van de behandeling volledig te vergoeden.
- 5.4. Omdat het inbrengen van Artisan® lenzen geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, heeft verzoekster tevens geen aanspraak op vergoeding van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat het eerder ingenomen standpunt niet juist is. Verzoekster komt in aanmerking voor de lenzen en mogelijk ook voor de laserbehandeling. Dit zal echter nog moeten worden beoordeeld. Ook de gevolgen voor het eigen risico zullen moeten worden bepaald. De ziektekostenverzekeraar zal de commissie hierover informeren.
- 5.6. Bij brief van 27 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld de kosten te vergoeden conform de ingediende begroting, en onder verrekening van het eigen risico 2013. Hierbij is door de ziektekostenverzekeraar wel het voorbehoud gemaakt dat alleen kosten van doelmatige zorg worden vergoed.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 van 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 3.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***"Inhoud zorg***

*U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. (...)*

***Wie mag deze zorg verlenen***

*Een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. (...)*

***Vergoeding***

*Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag."*

- 8.4. Artikel 2.7 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of diensten moeten doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn."*

- 8.5. De artikelen 2.7 en 3.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.

- 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.

- 8.8. Artikel 3.31 sub c van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op refractiechirurgie en luidt, voor zover hier van belang:

***"c. Ooglaserbehandelingen (refractiechirurgie, in aanvulling op de basisverzekering)***

***Inhoud zorg***

*Als u 18 jaar of ouder bent heeft u, in aanvulling op de basisverzekering, recht op het door middel van een chirurgische behandeling opheffen van bij- of verziendheid van de ogen.*

**Wie mag deze zorg verlenen**

*De behandeling dient te worden uitgevoerd door een oogarts werkzaam in een ziekenhuis, privékliniek of een zelfstandig behandelcentrum. (...)*

*Maximaal € 100,- eenmalig tijdensde gehele verzekeringsduur (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie stelt vast dat partijen zijn overeengekomen dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster een vergoeding verleent voor de lensimplantatie en de eventueel hierop volgende laserbehandeling, een en ander conform de overgelegde begroting. De ziektekostenverzekeraar heeft zich het recht voorbehouden eventuele ondoelmatige kosten die in rekening worden gebracht niet te vergoeden. Ondanks het feit dat de daadwerkelijke behandeling in een later jaar zal plaatsvinden, zal de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van het alsdan te vergoeden bedrag uitgaan van het vol gemaakte eigen risico 2013.
- 9.2. Voor zover nog geen uitkeringen hebben plaatsgevonden en een deel van de nota niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, heeft verzoekster op grond van artikel 3.31 sub c van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een bedrag van maximaal € 100,--. Genoemd bedrag geldt voor de gehele verzekeringsduur.
- 9.3. Gelet op het voorgaande acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie stelt hetgeen is verwoord onder 9.1 vast.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 23 juli 2014,

Voorzitter