

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU-EER, Geneeskundige zorg, implantlenzen, onverschuldigde
betaling
Zaaknummer : 2009.01325
Zittingsdatum : 7 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 13 januari 2009 bij haar een bedrag ter hoogte van € 4.348,39 terug te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het KeuzeZorgplan (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Excellent (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en T-250 afgesloten, welke laatste in dit kader verder buiten beschouwing blijft. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "(...) een onregelmatig astigmatisme (...) van -4.00 -2.50 115° voor od en voor os -3.50 -2.50 75° (...) lenzen niet meer kan verdragen. Zij [heeft] een beperkt zicht (...) met de bril". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op plaatsing van "intra oculaire lenzen" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is toegewezen tot een maximaal bedrag van € 500,--.
- 3.3. Op 26 mei respectievelijk 2 juni 2008 hebben de behandelingen waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Verzoekster heeft de nota's hiervan ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij uitkeringsberichten van 22 oktober respectievelijk 16 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de nota's werden vergoed tot een maximaal bedrag van € 2.423,91 respectievelijk € 2.424,48, in totaal derhalve € 4.848,39. Bij brief van 13 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 4.348,39 wegens onverschuldigde betaling bij verzoekster teruggevorderd.

- 3.4. Verzoekster is het niet eens met de terugvordering en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 9 juni 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering kwijt te schelden (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 7 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29086771) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster redelijkerwijs niet is aangewezen op refractiechirurgie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 13 oktober 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 15 oktober 2009 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds achtjarige leeftijd slechtziend is. Verzoekster heeft slecht zicht met haar bril en sedert 2007 verdraagt zij geen contactlenzen meer. De behandelend oogarts van verzoekster heeft allereerst voorgesteld een laserbehandeling uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld hiervoor een maximaal bedrag van € 500,-- te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Na onderzoek bleek dat verzoekster vanwege een te dun hoornvlies niet in aanmerking komt voor een laserbehandeling. Haar oogarts stelde daarom voor om intra oculaire lenzen te plaatsen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd voor

laatstgenoemde behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat de vergoeding maximaal € 500,-- blijft.

- 4.2. Op 26 mei 2008 heeft verzoekster de eerste behandeling ondergaan, en op 2 juni 2008 de tweede behandeling. Verzoekster heeft daarbij een voorschot van € 4.000,-- aan het ziekenhuis betaald. Het ziekenhuis heeft de definitieve nota naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Verzoekster heeft hierna telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar werd medegedeeld dat de betreffende nota in behandeling was. Op 22 oktober 2008 ontving verzoekster een uitkeringsbericht, volgens welke de gehele eerste behandeling vergoed werd. Om na te gaan of dit uitkeringsbericht correct was, heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De betreffende medewerker moest één en ander uitzoeken, en zou de volgende dag terugbellen. Toen verzoekster werd teruggebeld, was zij op haar werk, alwaar zij de telefoon op speaker heeft gezet, zodat haar collega's konden meeluisteren. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft haar in het bewuste gesprek medegedeeld dat de uitkeringsspecificatie correct was.
- 4.3. De nota van de tweede behandeling ontving verzoekster rechtstreeks van het ziekenhuis. Zij heeft deze bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, waarop verzoekster een inlichtingenformulier heeft gekregen. Dit heeft zij ingevuld en aan de ziektekostenverzekeraar geretourneerd. Na ontvangst van het formulier heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij uitkeringsbericht van 16 december 2008 medegedeeld dat ook de tweede behandeling volledig wordt vergoed.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het telefonisch onderhoud door de ziektekostenverzekeraar wordt ontkend. Op één van de stukken staat echter een aantekening, waaruit blijkt dat is gesproken met een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft vermoedelijk met deze medewerker gesproken. In datzelfde gesprek heeft zij het rekeningnummer doorgegeven, dat op het stuk staat vermeld, en waarop de ziektekostenverzekeraar haar de vergoeding heeft uitbetaald.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in totaal een bedrag van € 4.848,39 aan verzoekster is betaald. Op grond van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op implantaten. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat recht op een vergoeding van € 500,-- per kalenderjaar.
 - 5.2. Aan verzoekster is voldoende duidelijk gemaakt, namelijk bij brieven van 27 november 2007 en 5 maart 2008, dat zij slechts € 500,-- vergoed zou krijgen voor de onderhavige behandelingen. Verzoekster heeft derhalve niet gerechtvaardigd mogen vertrouwen op uitlatingen van de ziektekostenverzekeraar, als gevolg waarvan deze financieel nadeel heeft geleden. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat hij gerechtigd is het bedrag van € 4.348,39 bij verzoekster terug te vorderen.
 - 5.3. Dat de verwerking van de nota's niet op adequate wijze is uitgevoerd, wordt door de ziektekostenverzekeraar erkend. Het telefoongesprek waarnaar verzoekster naar

verwijst, kan niet worden geverifieerd, doch indien dit heeft plaatsgevonden, zal hierdoor ook de nodige verwarring zijn ontstaan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen sprake is van een zodanige onzorgvuldigheid in het gehele traject, dat een vergoeding in afwijking van de polisvoorwaarden gerechtvaardigd is.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eerste afwijzing dateert van 27 november 2007. Volgens de medisch adviseur bestond geen indicatie. Op 16 april 2008 is, nadat de zaak nogmaals was beoordeeld, een volgende brief verstuurd. Van een telefonisch onderhoud met verzoekster is niet gebleken. Blijkens het advies, deelt het CVZ de visie van de ziektekostenverzekeraar.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het bedrag ad € 4.348,39 terecht wordt teruggevorderd.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

In geschil is of verzoekster recht heeft op vergoeding van het gehele bedrag van € 4.848,39. Indien dit niet het geval is, dient de vraag te worden beantwoord of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is het teveel betaalde bedrag van € 4.348,39 bij verzoekster terug te vorderen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk 2 Omvang en Dekking' van de zorgverzekering. Artikel 2.2 van 'Hoofdstuk 2 Omvang en Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

7.2. 'Hoofdstuk 2 Omvang en Dekking' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (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 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.

7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.5. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de zorgverzekering in de situatie van verzoekster geen dekking biedt voor implanten. Verzoekster heeft erkend dat in haar

situatie geen medische noodzaak bestaat voor de lenzen, door op het aanvraagformulier toe te lichten dat het gaat om een ingreep die voortkomt vanuit een persoonlijke behoefte. De commissie zal dit punt daarom verder laten rusten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.6. Artikel 25 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt onder d, voor zover hier van belang:

“Chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Vergoeding vindt plaats tot maximaal € 500,-- per jaar.”

- 7.7. Niet in geschil is dat de aanvullende ziektekostenverzekering een maximale dekking kent voor het gevraagde van € 500,-- per kalenderjaar. Aangezien beide behandelingen zijn uitgevoerd in 2008, heeft verzoekster recht op maximaal dit bedrag, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
Eén en ander leidt ertoe dat de eerste vraag aldus moet worden beantwoord dat verzoekster volgens de verzekeringsvoorwaarden geen recht heeft op het haar uitgekeerde bedrag van € 4.848,39.

Werking privaatrecht

- 7.8. Met betrekking tot de vraag of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is het teveel betaalde bedrag van € 4.348,39 terug te vorderen, overweegt de commissie het volgende.
Voorafgaand aan de behandelingen heeft verzoekster toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft destijds medegedeeld dat € 500,-- wordt vergoed, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar is desalniettemin overgegaan tot uitbetaling van in totaal € 4.848,39, op basis van twee verschillende nota's, ingediend op twee verschillende data, de ene door het ziekenhuis en de andere door verzoekster, die betrekking hebben op één behandeling. Na uitkering van het eerste bedrag heeft verzoekster telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of de uitbetaling van de nota correct was. Haar is toen medegedeeld dat de behandeling terecht volledig is vergoed. Verzoekster heeft haar stelling onderbouwd met verklaringen van twee collega's; de ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoekster gestelde feiten niet weersproken. Voorts heeft verzoekster aannemelijk gemaakt dat dit gesprek is gevoerd, doordat het rekeningnummer dat zij tijdens hetzelfde telefoongesprek heeft doorgegeven, is gebruikt voor de uitbetaling van het bedrag van € 4.848,39.
- 7.9. De tweede nota is op een later tijdstip ingediend, waarna de ziektekostenverzekeraar verzoekster een formulier heeft toegestuurd waarop zij diende te noteren waarvoor zij werd behandeld. Verzoekster heeft hierop ten onrechte geschreven dat zij nog geen klachten had terwijl zij in Nederland was. Daarbij heeft zij de originele (Belgische) nota ingestuurd, waarop duidelijk stond welke behandeling is uitgevoerd. Het lag naar het oordeel van de commissie op de weg van de ziektekostenverzekeraar onderzoek te doen naar de uitgevoerde behandeling, mede gezien het feit dat op een Belgische nota geen DBC-codes zijn vermeld, en het doorgaans zo is dat geen volledige vergoeding wordt uitgekeerd bij behandelingen die buiten Nederland plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft echter zowel na het telefoongesprek, dat plaatsvond

voordat de tweede nota werd ingediend, als na het ontvangen van de tweede Belgische nota, geen onderzoek gedaan, en de nota's volledig uitbetaald.

- 7.10. De commissie constateert dat de dekking van de verzekeringsovereenkomst door de ziektekostenverzekeraar in die zin is uitgebreid, dat het betreffende artikel uit de aanvullende ziektekostenverzekering betrekking heeft op cosmetische ingrepen. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen onder deze noemer tevens implantlenzen te vergoeden. De commissie concludeert dat verzoekster mocht aannemen dat de behandeling met implantlenzen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden vergoed. Voor zover de hoogte van de vergoeding daarbij onzeker was, doordat het handelen van de ziektekostenverzekeraar afweek van zijn eerdere uitlatingen, heeft verzoekster invulling gegeven aan de op haar rustende onderzoekspllicht door telefonisch navraag te doen. Verzoekster heeft aannemelijk gemaakt dat haar door de ziektekostenverzekeraar is bevestigd dat het eerste uitkeringsbericht correct was. Zij had geen reden aan te nemen dat de tweede uitkering voor exact dezelfde behandeling onjuist zou zijn. Onder deze omstandigheden acht de commissie het niet redelijk dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 4.348,39 terugvordert bij verzoekster.

Conclusie

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar het uitgekeerde bedrag van € 4.348,39 niet van verzoekster kan terugvorderen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter