

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, hoornvliestransplantatie, hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorg
Zaaknummer	: 2009.00212
Zittingsdatum	: 17 juni 2009

Zaak: 2009.00212, geneeskundige zorg, hoornvliestransplantatie, hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van oktober 2008 de rekening voor een door hem hoornvliesoperatie voor tachtig percent te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Beter Af Plus Polis Drie Sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend oogarts heeft bij verzoeker een (tweede) hoornvliesoperatie uitgevoerd. Verzoeker heeft naar aanleiding van deze operatie bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de daaraan verbonden kosten ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak voor tachtig percent wordt gehonoreerd.
- 3.3. In oktober 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van de niet vergoede twintig percent van de aan de operatie verbonden kosten, zijnde een bedrag van € 816,88, alsnog de helft, derhalve een bedrag van € 408,44, coulancehalve zal worden vergoed.

- 3.5. Bij brief van 22 januari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het restantbedrag van € 408,44 te vergoeden.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 16 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 april 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en ziektekostenverzekeraar hebben op 2 mei respectievelijk 8 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 21 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 14 mei 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat het op de weg van verzoeker had gelegen bij de zorgverzekeraar informatie in te winnen over de vraag of de Melles Hoornvlieskliniek een gecontracteerde kliniek is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 mei 2009 aan partijen gezonden. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben niet op dit advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij hem door dr. Melles eind oktober 2007 een hoornvliestransplantatie is uitgevoerd die volledig door de zorgverzekeraar is betaald. Medio 2008 bleek dat er iets mis was met het hoornvlies en dat een tweede operatie moest worden uitgevoerd. Verzoeker heeft op 11 september 2008 contact opgenomen met de zorgverzekeraar en gesproken met de bij naam genoemde medewerker A. Op de vraag van verzoeker of ook de kosten van de tweede operatie volledig werden vergoed, heeft medewerker A, na intern overleg, medegedeeld dat die vraag bevestigend kon worden beantwoord. Verzoeker heeft aan medewerker A gevraagd om een schriftelijke bevestiging van dat antwoord, doch dat was volgens medewerker A niet nodig.
- 4.2. Omdat van de nota slechts 80 percent werd vergoed heeft verzoeker telefonisch contact gezocht met de zorgverzekeraar en aldaar gesproken met andere bij naam genoemde medewerkers van de zorgverzekeraar. Een tweetal daarvan, medewerker B en medewerker C, hebben verzoeker uitdrukkelijk medegedeeld dat het niet betaalde gedeelte van de rekening, alsnog zou worden overgemaakt. Dit is echter niet gebeurd.
- 4.3. Bij brief van 10 december 2008 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat verzoeker niet correct is geïnformeerd over de hoogte van de vergoeding. De zorgverzekeraar heeft daarom voorgesteld de helft van het resterende bedrag van € 816,88, te weten een bedrag van € 408,44, te vergoeden.

- 4.4. Bij brief van 18 december 2008 heeft verzoeker de zorgverzekeraar geantwoord dat hij van mening is dat ook het resterende bedrag van € 408,44 aan hem dient te worden overgemaakt.
- 4.5. De stelling van de zorgverzekeraar dat verzoeker via de afdeling zorgbemiddeling naar een gecontracteerde zorgverlener had kunnen worden verwezen, kan verzoeker niet worden tegengeworpen. Hij heeft immers vooraf geïnformeerd naar de vergoeding van de behandeling in de Melles Hoornvlieskliniek. Toen hem onomwonden en zonder enig voorbehoud werd medegedeeld dat de behandeling in de kliniek volledig zou worden vergoed, was er voor hem geen reden verdere vragen te stellen aan de zorgverzekeraar of de kliniek.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 verzoeker gebruik heeft gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Op grond van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering wordt niet-gecontracteerde zorg voor tachtig percent vergoed.
- 5.2. De door verzoeker gestelde toezegging is niet te achterhalen in de organisatie. Ook uit de gespreksnotities blijkt niet van een dergelijke toezegging.
- 5.3. Om verzoeker tegemoet te komen in zijn klacht, is hem een aanbod gedaan de helft van het verschil coulancehalve uit te keren. Dit aanbod is door verzoeker geaccepteerd. Bij brief van 18 december 2008 heeft verzoeker nog eens bedankt voor de correcte wijze waarop de zorgverzekeraar deze zaak heeft opgelost. In die situatie past het niet meer om daarop terug te komen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De aanvullende ziektekostenverzekering kent echter geen aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg, zodat deze onbesproken blijft.
7. De beoordeling van het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker een toezegging is gedaan, op grond waarvan het resterende niet vergoede deel van de rekening voor de hoornvliestransplantatie, een bedrag van € 408,44, aan verzoeker dient te worden vergoed. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Voorop moet worden gesteld dat de zorgverzekeraar niet gebonden kan worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachting

gen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

- 7.3. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat hij, afgaande op die onjuiste inlichtingen, een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan hij schade lijdt.
- 7.4. Indien het daarentegen gaat om als toezeggingen op te vatten uitspraken van de zijde van de zorgverzekeraar, waaraan een verzekerde het vertrouwen heeft mogen ontlenen dat de zorgverzekeraar, na kennisneming van alle daartoe vereiste bijzonderheden van het de verzekerde zelf betreffende geval, aan vorenbedoelde polisvoorwaarden en regelgeving, zo omtrent de toepasselijkheid of de toepassing daarvan vragen zijn gerezen, in zijn geval een bepaalde toepassing zal geven, moet bij een afweging als voormeld aan het vertrouwensbeginsel doorslaggevend betekenis worden toegekend. Daarbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat de door de verzekerde aan de zorgverzekeraar verschaft, voor diens toezegging relevante gegevens juist zijn en dat de gedane toezegging niet zo duidelijk in strijd is met een juiste toepassing van de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving dat de verzekerde op nakoming van die toezegging niet mocht rekenen.
- 7.5. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat hij deze zijnerzijds schriftelijk aan de zorgverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de zorgverzekeraar zal vragen.
- 7.6. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoeker met hetgeen hij heeft aangevoerd, op geloofwaardige wijze aannemelijk gemaakt dat hij diverse keren, zowel voorafgaand als na de operatie, met verschillende bij naam genoemde medewerkers van de zorgverzekeraar heeft gesproken, hen heeft uiteengezet om welke ingreep het ging en bij welke kliniek die ingreep zou worden uitgevoerd, en dat hij zowel voorafgaand als na de operatie bij monde van de bij naam genoemde medewerkers heeft mogen begrijpen dat de aan die operatie verbonden kosten volledig zouden worden vergoed. Derhalve moet worden geoordeeld dat door de zorgverzekeraar aan verzoeker een onomwonden toezegging is gedaan. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker redelijkerwijs de onjuistheid van de toezegging had kunnen en moeten beseffen. De zorgverzekeraar is in de onderhavige situatie derhalve gehouden die toezegging gestand te doen. De brief van 18 december 2008 doet aan het voorgaande niet af, omdat verzoeker in het slot van die brief uitdrukkelijk te kennen geeft het niet eens te zijn met het door de zorgverzekeraar gedane aanbod het verschil in eigen bijdrage voor de helft coulancehalve te vergoeden.

7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 1 juli 2009,

Voorzitter