

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg; refractiechirurgie; ooglaserverhandeling
Zaaknummer : 2011.01500
Zittingsdatum : 9 november 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

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 basis 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 Standaard en AV Tand Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 refractiechirurgie aan beide ogen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de nota ter grootte van € 125,- betreffende een optometrisch onderzoek eenmalig en onverplicht uit coulance te vergoeden.
- 3.4. Bij brief van 1 september 2011 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 ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 september 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 10 en 27 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 28 september 2011 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 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011100124) 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 geen verzekeringsindicatie heeft voor refractiechirurgie aan beide ogen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 oktober 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 november 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 november 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: "Contactlensintolerantie als gevolg van droge ogen in combinatie met hoge cilinder. Bril dragen is erg onpraktisch in huidige werksituatie.
Bevindingen:
OD: VODsc 0.05 S-2.50 C-1.75 x5 VOD 1.2
OS: VOSsc 0.01 S-2.75 C-3.00 x5 VOS 1.2
Droge ogen ODS, schirmer test 2mm/5min. ODS".
- 4.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de aanvraag een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar gezonden met daarin de vraag of een ooglaserbehandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Bij e-mailbericht van 22 februari 2011 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op de vraag geantwoord in die zin dat een ooglaserbehandeling voor vergoeding in aanmerking komt indien wordt voldaan aan één van de volgende criteria:
 - Uw oogafwijking is groter dan -10
 - Uw oogafwijking is groter dan +6
 - Het verschil tussen uw linker- en rechteroog is groter dan 4 dioptrieën
 - Er is sprake van een aangetoonde contactlensintolerantie

Aangezien de behandelend oogarts heeft geconstateerd dat bij verzoekster sprake is van een contactlensintolerantie, is zij van mening dat zij voldoet aan het laatste criterium en dat de ziektekostenverzekeraar derhalve moet overgaan tot volledige vergoeding.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de bepaling in de verzekeringsvoorwaarden niet duidelijk was en dat zij daarom informatie heeft gevraagd. Er volgde een reactie per e-mail. De hierop ingediende definitieve aanvraag werd vervolgens afgewezen op basis van andere criteria. Door de ziektekostenverzekeraar werd verwezen naar het mailbericht waarin staat dat mogelijk recht bestaat. Verzoekster heeft dit aldus opgevat dat de vergoeding afhankelijk was van de door haar nog over te leggen verklaring van de arts en niet van de uitkomst van een nog uit te voeren beoordeling aan de hand van haar onbekende criteria.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van refractiechirurgie indien de refractieafwijkingen niet meer voldoende door een bril kunnen worden gecorrigeerd en de verzekerde door medische oorzaken geen contactlenzen kan dragen. Met betrekking tot de refractieafwijkingen hanteert de ziektekostenverzekeraar dezelfde refractiegrenzen als het CVZ heeft verwoord in zijn rapport van 25 augustus 2008. Gelet op de door de behandelend oogarts geconstateerde refractieafwijkingen heeft verzoekster geen indicatie voor refractiechirurgie.

5.2. Ten aanzien van het door zijn medewerker verzonden e-mailbericht van 22 februari 2011 stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster weliswaar foutief is geïnformeerd, maar dat in bedoeld e-mailbericht ook staat vermeld dat een ooglaserbehandeling altijd vooraf moet worden aangevraagd. Daarna wordt pas beoordeeld of een verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de kosten van het optometrisch onderzoek, die zijn gemaakt naar aanleiding van bedoeld e-mailbericht, coulancehalve te vergoeden.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt het voor verzoekster spijtig te vinden dat zij door de informatie in het e-mailbericht op het verkeerde been is gezet. In voorkomend geval worden de tot dan toe gemaakte kosten vergoed. In bedoeld e-mailbericht staat echter ook vermeld dat vooraf een aanvraag moet worden gedaan en dat deze nog wordt beoordeeld. Deze beoordeling geschiedt aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden en de Zvw. Verzoekster heeft een oogafwijking van -1,75 en -3 en voldoet daarmee niet aan de gestelde voorwaarden.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 e.v. van de zorgverzekering.

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 hebt recht op zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Wie mag deze zorg verlenen

U hebt recht op zorg verleend door een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.

(...)”

In artikel 2.7 van de zorgverzekering is onder meer bepaald dat een verzekerde recht heeft op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als hij op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.

- 8.3. 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).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor refractiechirurgie. Weliswaar is sprake van contactlensintolerantie, maar de refractieafwijking is zodanig dat deze met een bril zou kunnen worden gecorrigeerd.

Gewekt vertrouwen

- 9.2. Voorafgaand aan de aanvraag heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht gezonden met de vraag of, en zo ja onder welke voorwaarden, een ooglaserverhandeling voor vergoeding in aanmerking komt waarop laatstgenoemde bij e-mailbericht van 22 februari 2011 als volgt heeft geantwoord:

“Geachte mevrouw [naam verzoekster],

Hartelijk dank voor uw vraag over ooglasering

Vergoeding

U heeft mogelijk recht op vergoeding vanuit de Basisverzekering, als u aan één van de volgende criteria voldoet:

- Uw oogafwijking is groter dan -10*
- Uw oogafwijking is groter dan +6*
- Het verschil tussen uw linker- en rechteroog is groter dan 4 dioptrieën*
- Er is sprake van een aangetoonde contactlensintolerantie*

Aanvraag

*Wanneer u voor vergoeding van refractie-chirurgie, ooglaseren of lensimplantaten in aanmerking wil komen, dient uw medisch specialist vooraf een gemotiveerde aanvraag toe te sturen. Na beoordeling van de aanvraag, ontvangen u en uw medisch specialist schriftelijk bericht. Wanneer u nog niet onder behandeling bent van een medisch specialist, kunt u uw huisarts vragen u door te verwijzen.
(...)”*

- 9.3. Verzoekster stelt dat zij uit het e-mailbericht heeft opgemaakt dat zij aanspraak heeft op vergoeding omdat zij voldoet aan één van eerdergenoemde criteria, te weten een door de oogarts aangetoonde contactlensintolerantie. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling betwist en betoogd dat in het betreffende e-mailbericht geen toezegging is gedaan, omdat hierin namelijk wordt opgemerkt dat een ooglaserverhandeling altijd vooraf moet worden aangevraagd. Op deze aanvraag kan ook afwijzend worden beslist.
- 9.4. Gelet op beide stellingen spitst het geschil toe op de vraag of verzoekster uit het ontvangen e-mailbericht mocht afleiden dat de onderhavige ooglaserverhandeling voor volledige vergoeding in aanmerking komt. Bij de beoordeling is van belang dat de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 22 februari 2011 een niet-cumulatieve opsomming heeft gegeven van de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om voor vergoeding in aanmerking te komen. Dat verzoekster de medisch specialist moest vragen een gemotiveerde aanvraag te sturen, hoeft geen bevreemding te wekken, aangezien de ziektekostenverzekeraar als voorwaarde heeft gesteld dat de contactlensintolerantie moet worden

aangetoond, waarvoor kennelijk een verklaring van de behandelend (oog)arts is vereist. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster zich met succes kan beroepen op het in artikel 3:35 BW neergelegde vertrouwensbeginsel en mocht aannemen dat zij – aangezien haar oogarts een gemotiveerde aanvraag heeft ingediend waaruit blijkt dat bij haar sprake is van een contactlensintolerantie, zodat aan de in het e-mailbericht gestelde voorwaarden is voldaan – in aanmerking zou komen voor een volledige vergoeding van de ooglaserbehandeling.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 23 november 2011,

Voorzitter