

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, lensimplantatie
Zaaknummer : 2012.02230
Zittingsdatum : 1 mei 2013

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

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F,

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaaf 250 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op refractiechirurgie, te weten het plaatsen van Artiflex kunstlenzen beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 30 december 2011 en 16 februari 2012 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 7 juni 2012 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 brief van 19 januari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 7 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 maart 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 april 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 maart 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 april 2013 (zaaknummer 2013036903) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat verzoekster door medische oorzaken geen contactlenzen kan verdragen. Volgens de behandelend arts worden contactlenzen vanwege de hoge sterkte slecht getolereerd, maar wat dit precies inhoudt wordt niet nader gespecificeerd. Verzoekster heeft zelf verklaard in het verleden ontstekingen te hebben gekregen door het dragen van contactlenzen. Ten tijde van de aanvraag droeg zij twaalf tot vijftien uur per dag harde zuurstof doorlatende contactlenzen, waarbij zij droge en geïrriteerde ogen als klacht ervoer. Dit kan verschillende oorzaken hebben, zoals een droge (werk)omgeving.
- 3.9. Een afschrift van het CVZ-advies is op 11 april 2013 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 mei 2013 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 6 mei 2013 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 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor refractiechirurgie, te weten het plaatsen van Artiflex kunstlenzen beiderzijds. De refractie-afwijking bedraagt rechts: $-10,0 = 0,75 \times 11$, en links: $-9,75 = 0,75 \times 164$. De oogarts heeft verklaard: *“Vanwege de hoge sterkte worden contactlenzen slecht getolereerd. Brilcorrectie is niet bevredigend vanwege beeldveldvernaauwing en – vervorming.”*

- 4.2. Op 9 en 23 januari 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster heeft het haar door de ziektekostenverzekeraar toegestuurde 'Vragen-formulier contactlensintolerantie' na invulling geretourneerd. Hierop heeft zij ingevuld dat zij twaalf tot vijftien uur per dag harde zuurstof-doorlatende contactlenzen draagt. Door deze lenzen krijgt zij droge, geïrriteerde ogen. Zachte contactlenzen verdraagt zij niet. Hierdoor heeft zij in het verleden ontstoken ogen gekregen.
- 4.4. Verzoekster heeft voorafgaand aan de ingreep, op 18 november 2011, telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Haar is toen toegezegd dat zij – gezien de sterkte van haar visusafwijking – zeker in aanmerking komt voor vergoeding van de gevraagde ingreep en dat zij de nota na de behandeling ter declaratie kon indienen. Uit de door verzoekster overgelegde telefoonspecificatie blijkt dat zij op 18 november 2011 contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Dat uit deze specificatie niet blijkt dat een toezegging is gedaan, is een logisch gegeven. De ziektekostenverzekeraar is in gebreke gebleven door het gesprek niet te registreren.
- 4.5. Ook de assistente van de zorgverlener is door de ziektekostenverzekeraar op telefonisch medegedeeld dat de ingreep wordt vergoed. De assistente heeft in haar brief van 22 oktober 2012 verklaard dat zij op 9 januari 2012 telefonisch contact heeft gehad met de afdeling machtigingen van de ziektekostenverzekeraar, waarbij is besproken dat verzoekster volgens "de toen bekende richtlijnen voor het toekennen van een medische indicatie" voldoet aan deze eisen. Haar is gezegd dat er opnieuw een beoordeling zou volgen.
- 4.6. Verzoekster benadrukt dat bij haar sprake is van een hoge myopie van meer dan - 10 D én een contactlensintolerantie.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat twee maal telefonisch door de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat de kosten van de ingreep zouden worden vergoed. Verzoekster heeft een vervelend gevoel gekregen door de hele gang van zaken. Verder heeft zij benadrukt dat weldegelijk sprake is van contactlensintolerantie. Door zachte contactlenzen krijgt zij oogontstekingen. De harde contactlenzen verdraagt zij slecht door droge ogen. Zij draagt deze lenzen tien tot vijftien uur per dag, omdat zij met een bril onvoldoende ziet. De lensimplantatie was nodig om te kunnen zien.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat in geval van myopie (bijziendheid) aanspraak op refractiechirurgie indien de totale afwijking minimaal – 10 D bedraagt en sprake is van een contactlensintolerantie. Het uitgangspunt is dat refractiechirurgie redelijkerwijs niet is aangewezen, zolang de refractieafwijkingen afdoende met een bril of contactlenzen kunnen worden gecorrigeerd. Pas als de refractieafwijkingen niet meer voldoende kunnen worden gecorrigeerd door een bril én de verzekerde door medische oorzaken geen contactlenzen kan verdragen, is men redelijkerwijs aangewezen op refractiechirurgie. Bij verzoekster is weliswaar sprake van een hoge myo-

pie van meer dan – 10 D, maar niet van een contactlensintolerantie. Daarom heeft zij geen aanspraak op de onderhavige ingreep.

- 5.2. Verzoekster is bij brief van 30 december 2011, dus voordat de ingreep plaatsvond, door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gesteld dat de aanvraag voor refractiechirurgie is afgewezen. Zij mocht daarom ten tijde van de ingreep niet erop vertrouwen dat deze door de ziektekostenverzekeraar zou worden vergoed.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen registratie van het door verzoekster gestelde telefoongesprek van 18 november 2011. Met de door verzoekster aangeleverde telefoonregistratie is niet aangetoond dat daadwerkelijk een inhoudelijke toezegging is gedaan. Ten algemene merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij niet telefonisch op aanvragen beslist. Hierbij bestaat namelijk een groot risico op miscommunicatie. Achteraf is het vaak lastig vast te stellen welke vraag precies is gesteld. Bovendien is meestal ook medische informatie nodig voor de beoordeling van een aanvraag. Het had op de weg van verzoekster gelegen in geval van een telefonische toezegging daarvan een schriftelijke bevestiging te vragen.
- 5.4. Ten aanzien van het telefoongesprek van 9 januari 2012 met de assistente van de zorgverlener merkt de ziektekostenverzekeraar op dat zowel uit de telefoonnotitie als uit de brief van de assistente van 22 oktober 2012 blijkt dat in dit gesprek enkel is gezegd dat een nieuwe beoordeling zou volgen. Er is dus niet toegezegd dat de ingreep wordt vergoed.
- 5.5. In de aanvullende ziektekostenverzekering is een aanspraak opgenomen voor oog-laseren. Voor andere vormen van refractiechirurgie, zoals de lensimplantatie die bij verzoekster heeft plaatsgevonden, is geen dekking opgenomen.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat is beoordeeld of verzoekster aanspraak heeft op lensimplantatie. De refractieafwijking van verzoekster is voldoende, maar de contactlensintolerantie is niet komen vast te staan. Desgevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat telefonische toezeggingen niet mogen worden gedaan. Indien dit in een uitzonderingssituatie wel wordt gedaan, wordt dit schriftelijk bevestigd. Aangezien dit niet is gebeurd, is het aan verzoekster om aan te tonen dat een toezegging heeft plaatsgevonden. Voorts moet een toezegging leiden tot een gedraging. Dit is bij verzoekster niet het geval.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.25 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverze-

kering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Deze zorg omvat:

a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt;

(…)”

8.3. Artikel A.3.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg die onder de dekking van de verzekering valt en waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.4. Artikel B.4 van de zorgverzekering en A.3.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.6. 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.

8.7. In artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren), en dit luidt, voor zover hier

van belang:

“Gezichtsscherptebehandelingen omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die een correctie van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling tot doel hebben om daarmee de afhankelijkheid van gezichtshulpmiddelen te verminderen.

D.1.4.2. Waar hebt u recht op?

*Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode. Hoe hoog het bedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.
(...)”*

In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat maximaal € 50,-- per twee jaar wordt vergoed voor gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandeling tezamen.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie gaat uit van de door de werkgroep refractiechirurgie onder auspiciën van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap in februari 2006 (herzien in juli 2009) opgestelde richtlijn voor refractiechirurgie, de Consensus Refractiechirurgie. Deze richtlijn heeft niet de status van regelgeving maar van een algemeen, representatief te achten overeenstemmend medisch-specialistisch inzicht. Nu gesteld noch gebleken is dat deze richtlijn inmiddels door een nieuwe is vervangen, zal bij de beoordeling worden uitgegaan van de in juli 2009 herziene richtlijn.
- 9.2. In de Consensus Refractiechirurgie zijn onder meer de vormen van refractiechirurgie en de indicatiegebieden vermeld. In hoofdstuk 12 worden de medische indicaties genoemd. Voor het aanbrengen van “phake lenzen” is een medische indicatie aanwezig bij een myopie van meer dan – 10 D met contactlensintolerantie.

Voorts kan sprake zijn van een bijzondere indicatie:

“In uitzonderingsgevallen kunnen bijzondere indicaties zich voordoen. Hiervoor dient steeds een individuele machtiging met onderbouwing van de medische indicatie te worden ingediend. Als voorbeeld van deze bijzondere gevallen kan gedacht worden aan volstrekte bril intolerantie bij gebleken contactlens intolerantie (allergische aandoeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen)”

- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat bij verzoekster sprake is van een myopie van meer dan – 10 D. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of bij verzoekster sprake is van een contactlensintolerantie. In de aanvraag van 12 december 2011 wordt gesteld dat verzoekster contactlenzen vanwege de hoge sterkte slecht tolereert. Verzoekster heeft evenwel verklaard dat zij in die tijd de harde, zuurstof-doorlatende contactlenzen twaalf tot vijftien uur per dag droeg. Hieruit kan worden geconcludeerd dat bij haar geen sprake is van een contactlensintolerantie zodat een (verzekerings)indicatie voor refractiechirurgie ontbreekt. Dat verzoekster geen zachte contactlenzen draagt, maakt dit niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van gezichtsscherptebehandelingen, echter alleen voor zover dit ooglaseren betreft. Bij verzoekster heeft een lensimplantatie plaatsgevonden. Daarom heeft zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding.

Telefonische toezegging

- 9.5. Verzoekster heeft verklaard dat haar op 18 november 2011 door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar telefonisch is toegezegd dat de kosten van de onderhavige ingreep worden vergoed. Omdat de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist dat die toezegging is gedaan, draagt verzoekster de bewijslast van haar stelling. De commissie stelt vast dat de inhoud van het gesprek niet schriftelijk is bevestigd en dat daarvan geen gespreksnotitie is gemaakt.
- 9.6. Ter onderbouwing van haar standpunt heeft verzoekster aangevoerd dat haar is gezegd dat refractiechirurgie wordt vergoed bij zogenoemde 'jampotbril dragers'. Nadat zij had verteld dat zij een visusafwijking van ongeveer - 9 D had, zou haar zijn geantwoord dat zij zeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van refractiechirurgie en dat zij na de behandeling de nota ter declaratie kon indienen. Verzoekster heeft daarmee onvoldoende aannemelijk gemaakt dat haar een onvoorwaardelijke toezegging is gedaan. Dat vergoeding is toegezegd acht de commissie onwaarschijnlijk. Om in aanmerking te komen voor vergoeding moet voldaan zijn aan de in de polisvoorwaarden opgenomen voorwaarden. Om te bepalen of daaraan is voldaan dient door de ziektekostenverzekeraar de medische informatie te worden beoordeeld. Blijkbaar was verzoekster hiervan op de hoogte, aangezien op 12 december 2011, derhalve na het telefoongesprek, een aanvraag is ingediend voor de onderhavige ingreep.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2013,

Voorzitter