



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, lensimplantatie, doelmatigheid
Zaaknummer : 201302172
Zittingsdatum : 15 oktober 2014

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaan 750 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van refractiechirurgie waarbij multifocale lenzen zijn geplaatst (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een bedrag van € 75,- aan verzoeker te vergoeden op basis van artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 27 februari 2014 en brief van 18 maart 2014, heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 april 2014 in de gelegenheid gesteld binnen 30 dagen nader commentaar te geven op het onderhavige geschil. Nadat de commissie binnen de gestelde termijn geen reactie had ontvangen, is de ziektekostenverzekeraar bij brief van 5 juni 2014 in de gelegenheid gesteld alsnog binnen zeven dagen inhoudelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft binnen voornoemde termijn geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 juni 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 juli 2014 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord en tevens een inhoudelijke reactie gegeven op de onderhavige kwestie.
- 3.8. Bij brief van 16 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014074970) de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat deze de door de oogarts en verzoeker verstrekte nadere informatie niet in zijn beoordeling heeft betrokken. Nader onderzocht dient te worden in hoeverre de combinatie van beginnende staar met glasvochtvertroebeling een indicatie vormt voor een cataractoperatie, waarbij dit per oog afzonderlijk dient te worden beoordeeld. Wat betreft de PRK blijkt uit de voorliggende informatie niet dat verzoeker voldeed aan de hiervoor geldende voorwaarden.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 juli 2014 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is hierbij verzocht voornoemd onderzoek te verrichten en de commissie binnen veertien dagen te informeren over de uitkomst hiervan.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 augustus 2014 medegedeeld dat een nader onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van een staaroperatie bij de combinatie van glasvochtvertroebelingen en staar naar zijn mening geen toegevoegde waarde heeft. Afschriften van de brieven van de ziektekostenverzekeraar van 16 juli en 15 augustus 2014 zijn op 19 augustus 2014 aan verzoeker gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld binnen vier weken hierop te reageren. Desgevraagd is aan verzoeker twee weken uitstel verleend.
- 3.10. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 29 september 2014 een reactie gegeven op voornoemde brieven van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is op 29 september 2014 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Bij verzoeker is bijna twintig jaar geleden een glasvochtvertroebeling in het rechteroog geconstateerd. Een ingreep werd afgeraden, omdat het middel ernstiger zou zijn dan de kwaal. Bij een oogmeting begin 2013 werd in het linkeroog een visus gemeten van 40 percent, terwijl dit in 2012 nog 90 percent was. Verzoeker werd daarom geadviseerd een oogarts te consulteren. De oogarts constateerde in beide ogen beginnende staar. Verzoeker meende dat deze diagnose te gehaast werd vastgesteld, maar een gesprek hierover werd door de oogarts afgewimpeld. Door de glasvochtvertroebeling in het rechteroog en de toenemende staar in het linkeroog bleven de klachten toenemen. Verzoeker heeft zich daarom gewend tot een oogarts van het dr. Binkhorst Eye Center. Deze constateerde in beide ogen zowel glasvochtvertroebeling als beginnende staar. Daarnaast onderschreef hij het gevoel van verzoeker dat hij af en toe - als gevolg van de combinatie van deze aandoeningen - een zicht had van minder dan 50 percent.

- 4.2. Verzoeker ondervond in toenemende mate hinder als gevolg van zijn oogaandoeningen. Niet alleen bij het werken met de computer en het bijbehorende leeswerk, maar vooral bij het autorijden. Het zicht in het linkeroog was hierbij wazig door de staar en in het rechteroog vertroebeld door de glasvocht vertroebeling. Als gevolg hiervan maakte hij soms inschattingsfouten in het verkeer en zag hij soms auto's over het hoofd. Hierdoor werden andere weggebruikers nodeloos in gevaar gebracht. Dit waren voor verzoeker genoeg redenen te kiezen voor een operatie waarbij één van de klachten (de staar) werd weggenomen. Hierdoor kon hij zijn werk als zelfstandig gevestigd btw-adviseur blijven uitoefenen. Verzoeker merkt op dat hij heeft gekozen voor het laten plaatsen van een multifocale lens in plaats van een standaardlens, omdat hij bij voorkeur zonder bril voor het ver zien en het werken op de computer wil functioneren. Dat om deze reden de kosten van de ingreep niet volledig worden vergoed, is verzoeker steeds duidelijk geweest.
- 4.3. De problemen die verzoeker ondervond door de staar en de glasvocht vertroebeling konden niet worden verholpen met reguliere gezichtshulpmiddelen zoals een bril of contactlenzen. Alleen refractiechirurgie zou zijn gezichtsvermogen en -scherpte tot een aanvaardbaar niveau kunnen terugbrengen, waardoor verzoeker weer normaal zou kunnen functioneren in zowel zijn werk als privé. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gaat bij zijn beoordeling ten onrechte alleen uit van de mate van staar, terwijl beide visusbeperkende aandoeningen in hun onderlinge samenhang dienen te worden beoordeeld. De medisch adviseur gaat dan ook uit van een te beperkte en daarom onjuiste opvatting.
- 4.4. Voorafgaand aan de ingreep heeft de echtgenote van verzoeker tweemaal telefonisch informatie ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze gesprekken heeft zij verteld dat in het rechteroog van verzoeker sprake was van beginnende staar en dat de staar in het linkeroog instabiel was. Beide keren is haar verteld dat de operatie zou worden vergoed. Dit blijkt ook uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities. Ook blijkt hieruit dat is verteld dat het beginnende staar betreft. Verzoeker mocht vertrouwen op de juistheid van de verstrekte informatie. Van de ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat hij zorgvuldig en correct handelt. De ziektekostenverzekeraar kan zich daarom niet met succes erop beroepen dat de operatie alleen onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komt.
- 4.5. In zijn e-mailbericht van 29 september 2014 heeft verzoeker medegedeeld dat de behandelend oogarts nog steeds ervan overtuigd is dat de onderhavige ingreep medisch noodzakelijk is. De oogarts heeft evenwel niets toe te voegen aan hetgeen hij eerder heeft verklaard.
- 4.6. Verzoeker 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 polisvoorwaarden bestaat alleen aanspraak op zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet een medische indicatie zijn voor de gevraagde ingreep. Dit wil zeggen dat duidelijk moet zijn dat de behandeling in de situatie van de verzekerde de meest passende is. De medische indicatie voor refractiechirurgie wordt beoordeeld aan de hand van de criteria van de werkgroep refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. Ook in het geval van een medische indicatie mag refractiechirurgie alleen worden vergoed indien sprake is van een refractieafwijking die onvoldoende door een bril kan worden gecorrigeerd in combinatie met een contactlensintolerantie.
- 5.2. De medisch adviseur heeft geoordeeld dat verzoeker geen indicatie heeft voor een staaroperatie. Alleen de diagnose staar is geen grond voor vergoeding van een staaroperatie. Op grond van de medische problematiek moeten er zodanige beperkingen of risico's bestaan dat de behandeling is aangewezen. In geval van visusbelemmeringen door staar wordt daarbij uitgegaan van de visus. Een visus van meer dan 0,5 is acceptabel voor het dagelijks functioneren. Hiervoor is gekozen in navolging van de Regeling Eisen Rijgeschiktheid. Indien de visus van een verzekerde voldoende

is om een voertuig te besturen, is hij niet redelijkerwijs aangewezen op een staaroperatie. Er is daarom pas sprake van een medische indicatie voor een staaroperatie bij een visus van minder dan 0,5 aan beide ogen. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Zijn visus bedraagt namelijk rechts 1,0 en links 0,8. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat de behandelend oogarts in de medische verklaring van 27 mei 2013 alleen melding maakt van de beginnende staar in beide ogen; er worden geen andere oogafwijkingen vermeld.

- 5.3. Verzoeker heeft geen medische indicatie die hem aanspraak geeft op refractiechirurgie. Gezien de medische problematiek waren contactlenzen of een bril een adequate oplossing. De kosten van de operatie kunnen daarom niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 5.4. Uit het contactregistratiesysteem van de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat tweemaal over het onderhavige onderwerp is gesproken. In de registraties staat vermeld dat een staaroperatie verzekerde zorg is vanuit de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar leidt hieruit niet af dat verzoeker onjuist is geïnformeerd of dat hij toestemming heeft gekregen voor de behandeling. Hierbij wordt opgemerkt dat een staaroperatie een verzekerde prestatie is indien is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden.
- 5.5. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar bereid verzoeker tegemoet te komen door hem de in artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen vergoeding van € 75,- voor gezichtsscherptebehandelingen toe te kennen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 juli 2014 alsnog inhoudelijk gereageerd op de onderhavige kwestie. De medisch adviseur heeft vastgesteld dat de refractie op zich in redelijke mate was te corrigeren door middel van een bril of contactlenzen. Met de correctie was de visus, zoals vastgesteld door de oogarts, in mei 2013 links 0,8 en rechts 1,0. Het is aannemelijk dat de visus wisselend is, maar uit de beschikbare medische gegevens blijkt dat de visus gemiddeld meer dan 0,5 bedroeg.
Het feit dat de bijzondere arbeidsomstandigheden van verzoeker een extra beperking met zich brengen, doet niet af aan de basis voor de geneeskundige zorg. Daarbij is van belang of de geobjectiveerde medische problematiek doelmatig wordt verholpen door de geneeskundige interventie. De door verzoeker ervaren subjectieve hinder is daarbij niet doorslaggevend.
- 5.7. In antwoord op het verzoek van de commissie om het nader onderzoek - zoals geadviseerd door het Zorginstituut - te verrichten, heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 15 augustus 2014 medegedeeld dat dit naar zijn mening geen toegevoegde waarde heeft. Bij de beoordeling van de aanspraak gaat het primair om de medische onderbouwing van de indicatie voor de staaroperatie.
De gevolgen van de combinatie van staar en glasvochtvertroebeling komen tot uiting in de door verzoeker gemelde klachten en de door de behandelaars vastgestelde visus. De bevindingen van de opticien worden niet bevestigd door de metingen van de oogarts. Ook hiervoor geldt dat het momentopnames zijn, op grond waarvan in het kader van de zorgverzekering een objectief oordeel moet worden gevormd. Aanvullende informatie van verzoeker of zijn behandelaars zal aan deze onzekerheden, wat betreft de indicatie en de effectiviteit van een staaroperatie geen bijdrage leveren.
De medische informatie, zoals beschreven door het Zorginstituut, was bij de ziektekostenverzekeraar bekend en is ook meegenomen in de beoordeling van de aanvraag. Het gaat vooral om subjectieve klachten die kunnen leiden tot een wisselend verminderde visus. Op zich betreft het geen harde toetsbare indicatiecriteria voor een staaroperatie. Het feit dat het Zorginstituut op basis van deze informatie niet heeft geconcludeerd dat aanspraak bestaat op een staaroperatie, onderstreept het subjectieve karakter van de klachten.
- 5.8. 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.22 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 verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van refractiechirurgie, waarbij multifocale lenzen zijn geplaatst, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. 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:
- “(...) U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
(...)”*
- 8.4. Artikel A.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg indien de verzekerde hierop - gelet op zijn indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.5. De artikelen A.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en B.4 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).
- 8.6. 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 de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 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 D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op gezichtsscherptebehandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

"D.1.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat gezichtsscherptebehandelingen naar de normen van medisch specialisten ter correctie

van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling.

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.

D.1.4.3. Voorwaarden

Algemeen

a. U krijgt de behandeling niet vergoed uit de zorgverzekering.

b. U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

(...)"

- 8.9. In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 75,- per twee kalenderjaren voor gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen tezamen.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een staaroperatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker hiervoor ten tijde van deze ingreep een indicatie had.
- 9.2. Het Zorginstituut overweegt in zijn advies van 30 juni 2014 dat volgens de Richtlijn Cataract (NOG 2013) de indicatiestelling voor een staaroperatie dient te zijn gebaseerd op de beoordeling van de volgende parameters: aanwezigheid van cataract, gezichtsscherpte, beperking in visueel functioneren en de mogelijkheid tot verbetering van deze parameters. Naast visusdaling kan staar ook andere visusklachten geven, zoals lichtverstrooiing. Bij de beslissing tot operatie dient ook comorbiditeit in overweging te worden genomen. Indien alleen de medische verklaring van de oogarts van 27 mei 2013 in de beoordeling wordt betrokken - gecorrigeerde visus rechts 1,0 en links 0,8 - is de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar terecht, aldus het Zorginstituut. Echter, in het aanvullend schrijven van de oogarts van 25 februari 2014 heeft deze toegelicht dat bij onderzoek is vastgesteld dat bij verzoeker, naast beginnende staar, sprake is van glasvochtvlokken. Door deze combinatie ervoer verzoeker zeer wisselend zicht en kon zijn visus op onvoorspelbare momenten dalen tot minder dan 50 percent. Daarom heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten om na te gaan in hoeverre de combinatie van beginnende staar met glasvochtvertroebeling een indicatie vormt voor een cataractoperatie, waarbij dit per oog afzonderlijk dient te worden beoordeeld.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie medegedeeld dat naar zijn mening voornoemd nader onderzoek geen toegevoegde waarde heeft. De commissie kan dit standpunt niet volgen. Het Zorginstituut heeft immers in voornoemd advies gesteld dat op basis van de voorliggende gegevens niet zonder meer vaststaat dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de staaroperatie. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het feit dat het Zorginstituut op basis de in het dossier aanwezige informatie niet heeft geconcludeerd dat aanspraak bestaat op een staaroperatie, het subjectieve karakter van de klachten van verzoeker onderstreept, deelt de commissie niet. De ziektekostenverzekeraar suggereert hiermee namelijk dat er geen indicatie bestaat voor een staaroperatie, terwijl het Zorginstituut juist de mogelijkheid open laat dat wel een indicatie aanwezig is.

- 9.4. De commissie is van oordeel dat bij twijfel over het bestaan van een indicatie voor de staaroperatie, in het voordeel van verzoeker dient te worden beslist, zeker nu de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk in de gelegenheid is gesteld door nader onderzoek de bestaande twijfel weg te nemen en hij van de geboden mogelijkheid weloverwogen heeft afgezien. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten van de staaroperatie alsnog, conform de polisvoorwaarden, aan verzoeker te vergoeden. Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij op dat de meerkosten voor de multifocale lenzen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ten aanzien van de PRK (laserbehandeling) is gebleken dat verzoeker niet voldeed aan de voorwaarden die hiervoor gelden. Daarom heeft hij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de PRK.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel reeds toegezegd bereid te zijn de in artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen vergoeding van € 75,- voor gezichtsscherptebehandelingen aan verzoeker te verlenen. De commissie zal in deze beslissing niet treden. Zij volstaat met de opmerking dat de ziektekostenverzekeraar niet meer op de genoemde toezegging kan terugkomen en dus, zo dit nog niet is geschied, betaling van het toegezegde bedrag ter hand dient te nemen.

Telefonische toezegging

- 9.6. Uit de notitie die is gemaakt van het gesprek dat op 15 april 2013 heeft plaatsgevonden, blijkt dat door de ziektekostenverzekeraar is gezegd dat een staaroperatie wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hierbij is vermeld dat het de plaatsing van een standaard lens betreft, en dat bij een duurdere lens de meerkosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering komen. Dit is - aldus de telefoonnotitie - bevestigd in het gesprek van 27 mei 2013. De commissie concludeert op basis hiervan dat tijdens voornoemde telefoongesprekken geen toezegging is gedaan voor een vergoeding die verder gaat dan hetgeen in 9.4 aan verzoeker wordt toegekend in combinatie met het toegezegde bedrag van € 75,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen waar het de aangevraagde staaroperatie betreft. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de meerkosten van de multifocale lenzen en de PRK, dient het te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals bepaald in 9.7.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 15 oktober 2014,

Voorzitter