

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie
Zaaknummer : 2009.01849
Zittingsdatum : 25 augustus 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van een on-dergane behandeling refractiechirurgie (hierna de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 18 maart 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzeke-raar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket, variant Natura (hier-na: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorg-verzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullen-de regeling en Regeling aanvullende vergoedingen pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle verzekeringen zijn schadeverzekerings-overeenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 18 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster mede-gedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 14 april 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzeke-ningen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-houden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 ver-

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

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 juli 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juli 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 augustus 2010 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 1 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 juli 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010085621) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een myopie van sterker dan -10 dioptrieën en verzoekster derhalve kan uitkomen met een bril. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 4 augustus 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 25 augustus 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 1 september 2010 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 3 september 2010 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. De behandelend laser optometrist heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "To correct her high myopic prescription of: R: -6.50/-3.00X11 6/6, L: -7.00/-3.25X180 6/6. Due to many years of rigid contact lens wear, she is becoming intolerable to her contact lenses. Because of the nature of her prescription (high astigmatism and high myopia), her vision is not optimal with spectacles". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "LASIK with Customized Wavefront (due to large pupils and astigmatism), with Intralase".
- 4.2. Op 9 april 2009 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden (hierna: de behandeling).
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij geen bril of lenzen kan dragen om haar ogen te corrigeren. Na controle bleek dat haar ogen door middel van een LASIK-behandeling gelaserd konden worden. Na deze behandeling zou zij geen bril of contactlenzen meer hoeven te dragen. Voorafgaand aan de refractiechirurgische behandeling heeft zij op 10

maart 2009 de ziektekostenverzekeraar telefonisch om informatie verzocht. Tijdens dit telefoongesprek is haar verzekerd dat zij de behandeling vergoed zou krijgen. Voorwaarden of uitsluitingen zijn door de betreffende medewerker niet medegedeeld.

4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar op 10 maart telefonisch heeft toegezegd dat de kosten van refractiechirurgie volledig worden vergoed.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat refractiechirurgie alleen ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht, indien er een medische indicatie is voor deze ingreep. Bij de beoordeling van de aanvraag voor een laserbehandeling is de medisch adviseur uitgegaan van de in juli 2009 herziene Consensus Refractiechirurgie van de werkgroep refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Volgens deze consensus bestaat aanspraak op vergoeding bij een sterkte van -10 dioptrieën of meer. Nu hiervan geen sprake is, is geen medische indicatie aanwezig is voor refractiechirurgie. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat niet is gebleken dat door hem toezeggingen zijn gedaan met betrekking tot de vergoeding.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. 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. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op refractiechirurgie 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 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Medisch-specialistische zorg
Omschrijving:
Geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden
(...)
Door:
Medisch specialist
(...)
Machtiging
Ja
(...)”

Artikel 11 sluit een aantal behandelingen uit. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“11.8. Uitsluitingen
Er bestaat geen aanspraak op:
11.8.1. zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden als en voor zover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;
11.8.2. zorg of vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
(...)”

- 8.3. De artikelen 11 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de algemene bepalingen van de zorgverzekering gebaseerd op de 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie concludeert uit de brief van 15 januari 2010 van de ziektekostenverzekeraar dat deze de onderhavige aanvraag heeft beoordeeld aan de hand van de in juli 2009 herziene Consensus Refractiechirurgie van de werkgroep refractiechirurgie van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap. De Consensus Refractiechirurgie bezit weliswaar niet de status van regelgeving maar van een algemeen, en tevens representatief te achten overeenstemmend medisch specialistisch inzicht. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de datum van de aanvraag leidend voor de beoordeling. Nu de onderhavige aanvraag dateert 11 maart 2009 gaat de commissie bij de beoordeling van het onderhavige geschil uit van de eerdere uitgave van de richtlijn uit februari 2006.

- 9.2. In de toenmalige Consensus Refractiechirurgie zijn onder meer de indicaties voor refractiechirurgie vastgesteld. In hoofdstuk 12 worden de medische indicaties genoemd:

“12.3 LASIK

*- Anisometropie > 4.00 D in combinatie met contactlens-intolerantie
- Astigmatisme na perforerende keratoplastiek of cataractoperatie, indien andere methoden van astigmatisme-correctie niet mogelijk of gewenst zijn
(...)*

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

- 9.3. Gelet op de door de zorgverlener gestelde diagnose, zoals bedoeld in overweging 4.1. is niet gebleken dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden van de Consensus. Ook kan zij zich niet met succes beroepen op het bestaan van een uitzonderingssituatie, aangezien er geen sprake is van volstrekte brilintolerantie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De commissie is gebleken dat de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking bieden voor refractiechirurgie, zodat de aanspraak op basis van die polisvoorwaarden niet kan worden gehonoreerd.

Telefonische toezegging

- 9.5. Voor zover verzoekster stelt dat haar op 10 maart 2009 telefonisch een toezegging is gedaan door een bij naam genoemde medewerker, en deze haar de mededeling heeft gedaan dat de kosten van refractiechirurgie volledig worden vergoed, oordeelt de commissie als volgt.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar 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.
- 9.7. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de ziektekostenverzekeraar 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 zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.

- 9.8. Indien het daarentegen gaat om als toezeggingen op te vatten uitlatingen van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, waaraan een verzekerde het vertrouwen heeft mogen ontlenen dat de ziektekostenverzekeraar, 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 doorslaggevende betekenis worden toegekend. Daarbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat de door de verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar verschafte, 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.
- 9.9. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat zij deze zijnerzijds schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de ziektekostenverzekeraar zal vragen. Het gaat echter te ver om te oordelen dat een verzekerde zich op dergelijke toezeggingen uitsluitend zou mogen beroepen indien deze hetzij van haar zijde, hetzij van de zijde van de ziektekostenverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.
- 9.10. Uit de briefwisseling die verzoekster met de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd blijkt dat enerzijds verzoekster stelt dat in het vorenbedoelde telefoongesprek haar gezegd zou zijn dat de kosten van refractiechirurgie volledig worden vergoed, doch anderzijds dat verzoekster antwoord wil hebben op haar vraag wat de totale vergoeding zou zijn. De commissie maakt hieruit op dat verzoekster uit het telefoongesprek niet het vertrouwen heeft kunnen ontlenen dat de kosten van refractiechirurgie volledig vergoed zouden worden. Daarentegen is verzoekster reeds bij brief van 18 maart 2010 door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat de op 9 april 2010 uitgevoerde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking zou komen.

Conclusie

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

Zeist, 8 september 2010,

Voorzitter