

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C. te D
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, vergoeding kosten optometrist
Zaaknummer : 2009.02206
Zittingsdatum : 21 april 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar een "Orthokeratology contact lens therapy", ondergaan in San Francisco (Verenigde Staten) (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Bij brief van 1 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 november 2009 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 4 januari 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 8 respectievelijk 11 maart 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 22 februari 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 23 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010029398) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk toe te wijzen voor zover het betreft de kosten van het consult van de optometrist. Het aanmeten en leveren van contactlenzen door de optometrist is geen verzekerde prestatie, en de kosten hiervan komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 maart 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij e-mail van 30 maart 2010 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend optometrist heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Refraction revealed astigmatism, myopia, and presbyopia on both eyes. Visual acuity corrected to 20/25+ right and 20/20 left at distance. Visual acuity corrected to 20/20 at near on both eyes. Unaided visual acuity measured right 20/200, left 20/200, and 20/50- ou".
- 4.2. Op 12 februari 2009 heeft de behandeling, waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij tijdens een bezoek aan de Verenigde Staten ernstige klachten kreeg in de vorm van een plotseling sterk verminderd gezichtsvermogen, knalrode pijnlijke ogen, zware hoofdpijn en braken. Haar familie kent een historie van glaucoom. Zij is daarop naar een oogarts gegaan. Na melding bij de alarmcentrale van de zorgverzekeraar dat zij de zorgverlener zou bezoeken is haar niet verteld dat de behandelaar een optometrist is en geen oogarts, en dat de kosten van de verleende zorg om die reden niet worden vergoed. De zorgverlener voert de titel 'dr.', en het was haar niet duidelijk dat hij geen oogarts was. Verder heeft de reisverzekeraar een bedrag uitgekeerd aan de zorgverzekeraar, op welk bedrag verzoekster in ieder geval recht meent te hebben.
- 4.4. Met betrekking tot de stelling van de zorgverzekeraar dat verzoekster geen gebruik kan maken van de Alarmcentrale omdat zij geen aanvullende verzekering heeft afgesloten, merkt zij op dat zij ook ingevolge de zorgverzekering recht heeft op hulp door deze centrale.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoekster is behandeld door een optometrist, en dat de kosten daarvan in Nederland niet worden vergoed.
- 5.2. Verder kan verzoekster geen gebruik maken van de Alarmcentrale van de zorgverzekeraar, omdat zij geen aanvullende verzekering heeft afgesloten. Enkel op basis van artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering bestaat aanspraak op hulp van de Alarmcentrale.
- 5.3. Door de reisverzekeraar is aan de zorgverzekeraar geen bedrag overgemaakt.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 2 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

Artikel 13 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)”

- 8.3. De artikelen 2 en 13 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
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 zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Verzoekster heeft ingevolge artikel 2 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering aanspraak op zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De behandelaar van verzoekster vermeldt achter zijn naam de afkorting 'O.D.'. Deze afkorting staat voor 'Doctor of Optometry', oftewel optometrist. Een optometrist houdt zich bezig met het opmeten van de ogen, waarbij eventuele afwijkingen kunnen worden geconstateerd. Indien nodig, zal de optometrist doorverwijzen naar een oogarts. Een optometrist is geen medisch specialist, zodat de zorg die aan verzoekster is verleend, niet zonder meer valt te brengen onder de zorg die medisch specialisten plegen te bieden, als bedoeld in artikel 2 van de zorgverzekering. De commissie volgt hierin het standpunt van het CVZ dat zorg zoals wordt geboden door een optometrist kan worden aangemerkt als een verzekerde prestatie indien het gaat om oogheelkundige diagnostiek binnen het eigen deskundigheidsgebied. Een consult gericht op het uitsluiten van acute oogproblematiek was, mede gezien de bij familie van verzoekster bestaande historie op dat punt van glaucoom, aangewezen en is aan te merken als zorg zoals oogartsen die plegen te bieden. Voor het aanmeten en leveren van contactlenzen door een optometrist bestaat echter geen dekking.
- 9.2. De stelling van verzoekster dat de zorgverzekeraar tijdens het met de tussen haar en de zorgcentrale gevoerde gesprek erop had moeten wijzen dat de zorgverlener geen oogarts is, wordt verworpen. Van een zorgverzekeraar kan niet worden verwacht dat hij ongevraagd en spontaan aan een verzekerde de hoedanigheid van een zorgverlener mededeelt. De zorgverzekeraar mag ervan uitgaan dat de verzekerde zich zelf daarvan heeft vergewist en van de hoedanigheid op de hoogte is.
- 9.3. Verzoekster heeft onvoldoende feiten en omstandigheden gesteld die kunnen leiden tot het oordeel dat de reisverzekeraar van verzoekster een bedrag aan de zorgverzekeraar heeft overgemaakt. In de brief van E. Thomas van Jacobus Recourt Assurantiën BV van 14 april 2009 is te lezen dat een bedrag van € 403,86 is overgemaakt op een bankrekening ten name van VHD-alarmcentrale.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek deels dient te worden toegewezen, in die zin dat het consult door de optometrist vergoed dient te worden tot Nederlands tarief. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 21 april 2010,

Voorzitter