



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, multifocale lenzen, hoogte
vergoeding, telefonische toezegging

Zaaknummer : 201500785

Zittingsdatum : 19 augustus 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis drie sterren 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 Aanvullend Tand is niet in geschil en blijft om die reden in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een staaroperatie, waarbij multifocale lenzen zijn ingebracht (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering een bedrag van € 500,-- wordt vergoed. Bij brief van 23 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat ten laste van de zorgverzekering een bedrag wordt vergoed van € 1.115,16 per oog.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 11 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

-  3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Deze brief is op 6 mei 2015 door de commissie ontvangen. Bij brief van 11 mei 2015 en e-mailbericht van 12 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de door de commissie gevraagde aanvullende informatie gestuurd. Afschriften van de brieven en het e-mailbericht zijn op 13 mei 2015 aan verzoeker gezonden.
-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 mei 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.8. Bij brief van 18 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015060806) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat aannemelijk is dat verzoeker niet voldoet aan de voor de vergoeding van implantatie van multifocale lenzen geldende indicatievoorwaarden, zodat de meerkosten van deze lenzen voor zijn rekening blijven. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 21 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 26 augustus 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. De ogen van verzoeker worden de laatste tien jaren tweemaal per jaar gecontroleerd door een contactlensspecialist in het ziekenhuis. Tijdens de controle op 17 juni 2014 bleek dat het gezichtsvermogen van verzoeker achteruit was gegaan. Hij werd verwezen naar de oogarts, die na onderzoek vaststelde dat het gezichtsvermogen nog maar 60 percent bedroeg en dat een operatie aan beide ogen onvermijdelijk was. De oogarts deelde verzoeker verder mede dat implantlenzen door de meeste zorgverzekeraars worden vergoed, afhankelijk van de afgesloten verzekering.
-  4.2. Verzoeker heeft hierop zijn polisvoorwaarden doorgenomen, en kwam tot de conclusie dat hij geen voorafgaande verwijzing nodig had. Hij zou recht hebben op een éénmalige vergoeding van € 500,--, plus een korting op de prijs indien hij bij een specifieke zorgverlener de behandeling zou laten uitvoeren, een en ander op vertoon van zijn zorgpas. Verder las verzoeker in de voorwaarden dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de meerkosten van een andere lens dan een monofocale kunstlens.
-  4.3. Voor de zekerheid heeft verzoeker op 30 juni 2014 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hij stelde de medewerker de vraag welke operatie en welke lenzen wel of niet worden vergoed, en wat voor hem de beste zorgverlener zou zijn. Het antwoord op het eerste deel van de vraag luidde dat alle operaties en lenzen volledig worden vergoed, zowel

de standaard lenzen, de multifocale lenzen als de thiorische lenzen, mits een verwijzing van de huisarts aanwezig is. De oogarts bepaalt welke lens het meest geschikt is en vraagt een machtiging aan bij de ziektekostenverzekeraar. De behandeling mag pas plaatsvinden na toestemming door de ziektekostenverzekeraar. Op de behandeling is het verplicht eigen risico van € 360,-- van toepassing. Het antwoord op het tweede deel van de vraag luidde dat er te weinig behandelingen zijn die door middel van een machtiging worden uitgevoerd, waardoor eventuele verschillen in kwaliteit niet kunnen worden aangetoond.

4.4. Omdat de mededeling van de medewerker afweek van hetgeen verzoeker in de voorwaarden van de zorgverzekering had gelezen, heeft hij besloten ook aan de aanvullende voorwaarden te voldoen. Op 7 juli 2014 kreeg hij van de huisarts een verwijsbrief. Hierop heeft verzoeker een oogheelkundige polikliniek van een ander ziekenhuis gebeld voor het maken van een afspraak. Op 24 juli 2014 vond aldaar een onderzoek plaats. De oogarts stelde implantatie van een trifocale lens voor. Op 28 juli 2014 heeft de oogarts een aanvraag voor een machtiging gedaan, die verzoeker dezelfde dag heeft opgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Op 30 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat extra informatie bij de oogarts wordt opgevraagd, dat bekeken wordt of de behandeling vanuit de zorgverzekering wordt vergoed en of een medische indicatie aanwezig is. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar hem bij die gelegenheid medegedeeld dat in elk geval recht bestaat op een vergoeding van € 500,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.5. Verzoeker is op 19 september 2014 geopereerd aan het rechteroog en op 10 oktober 2014 aan het linkeroog. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop medegedeeld dat een bedrag van € 1.012,-- niet wordt vergoed. De reden is dat multifocale lenzen niet ten laste van de zorgverzekering mogen worden vergoed. Verzoeker is het - gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering en de telefonische mededeling - niet eens met de hoogte van de vergoeding. Hij is door de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd over de hoge kosten die voor zijn rekening zouden blijven. Bovendien is tweemaal door de ziektekostenverzekeraar bij de oogarts informatie opgevraagd, en is deze kennelijk niet door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Verzoeker is hiervan niet op de hoogte gesteld, maar het dossier is door de ziektekostenverzekeraar wel gesloten.

4.6. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat alle juridische teksten absoluut zullen kloppen. Waar het hem om gaat is dat de informatie van de diverse oogklinieken, het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar met elkaar in tegenspraak zijn. Allen zijn zeer onduidelijk over de vergoeding. Daarom heeft hij gebeld met de ziektekostenverzekeraar. De medewerker vertelde dat hij een verwijzing van zijn huisarts nodig had. Dit bleek later overigens niet zo te zijn. Ook werd gezegd dat hij in ieder geval een vergoeding van € 500,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zou krijgen. De oogarts zou bepalen welke lens de juiste was. Verzoeker heeft toen een verwijzing van zijn huisarts geregeld, is naar de oogarts gegaan en heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging gevraagd. Hiervan heeft hij een ontvangstbevestiging gekregen, en daarna hoorde hij niets meer. Pas toen hij een rekening van zijn oogarts ontving en die declareerde, stuurde de ziektekostenverzekeraar hem een afwijzing. Verzoeker heeft aan alle voorwaarden voldaan, maar krijgt nu toch geen vergoeding.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aan verzoeker is een bedrag van totaal € 2.730,32 vergoed voor de refractiechirurgie. Dit betreft tweemaal een bedrag van € 1.115,16 voor de staaroperatie en het implanteren van monofocale lenzen in beide ogen. De vergoeding is gebaseerd op DBC-zorgproductcode 070401008. Daarnaast is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering eenmalig een bedrag vergoed van € 500,--. Dit betekent dat € 1.012,-- voor rekening van verzoeker blijft.



5.2. Vanuit de zorgverzekering mogen de meerkosten van multifocale lenzen alleen worden vergoed indien de verzekerde om medische redenen geen bril of contactlenzen kan dragen. Uit de aanvraag van de oogarts blijkt niet dat hiervan bij verzoeker sprake is. De ziektekostenverzekeraar stuurde de oogarts op 30 juli 2014 een verzoek om aanvullende informatie. Verzoeker is hiervan bij brief van dezelfde datum in kennis gesteld. Met deze brieven werd aan verzoeker nog geen machtiging verstrekt. In de brieven is vermeld dat het dossier zou worden gesloten indien niet binnen de gestelde termijn van vijf weken de aanvullende informatie werd ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde informatie niet van de oogarts ontvangen, en heeft hierop het dossier gesloten. Achteraf is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar geen aanvullende informatie had hoeven opvragen. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan. Dit neemt echter niet weg dat verzoeker de operaties liet uitvoeren zonder hiervoor van de ziektekostenverzekeraar voorafgaande toestemming te hebben gekregen.



5.3. Tijdens het telefoongesprek van 30 juni 2014 is aan verzoeker kenbaar gemaakt dat een machtiging nodig was, die verzoeker via de oogarts kon aanvragen. Verder is gezegd dat de meerkosten voor de multifocale lenzen tot maximaal € 500,-- worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Niet gebleken is dat aan verzoeker toezeggingen zijn gedaan.



5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de vergoeding van de staaroperatie en de monofocale lenzen niet ter discussie staan. De meerkosten van multifocale lenzen komen in zeer uitzonderlijke gevallen voor vergoeding in aanmerking. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar begrijpt niet hoe verzoeker op basis van hetgeen is gezegd heeft gedacht dat een volledige vergoeding zou volgen. Gezegd is dat hij een machtiging moest aanvragen, en aan hem is medegedeeld dat de behandeling pas mag plaatsvinden na voorafgaande toestemming.



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

6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 volledig althans tot een hoger bedrag 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 24 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg (poliklinisch) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Ondergaat u een medisch-specialistische poliklinische behandeling? Dan vergoeden wij de kosten van:

a medisch-specialistische zorg;

b paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)"

Voorwaarden voor vergoeding

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat, of een andere medisch specialist. (...)"

- 8.4. Artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"(...) U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent."

- 8.5. De artikelen 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 24 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 3 Rzv 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.

- 8.7. 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 20 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op ooglasen en lensimplantatie en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling en/of de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie."

Voorwaarden voor vergoeding

1 De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van dit genootschap.

Let op! *In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.*

2 Voor vergoeding van de meerkosten van een lens moet u recht hebben op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering.

Beter Af Plus Polis

(...)

3 sterren maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een staaroperatie met implantatie van een monofocale lens een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de meerkosten van een multifocale lens voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.2. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 29 mei 2015 komen de meerkosten van een multifocale lens in beginsel voor eigen rekening. Dit is slechts anders indien medische redenen bestaan voor een dergelijke lens, met name omdat niet kan worden volstaan met een bril of contactlenzen. Door verzoeker is niet gesteld dat hij - naast de monofocale lens - geen contactlenzen of bril kan dragen, en derhalve is aangewezen op een multifocale lens. Het dossier bevat geen stukken van de oogarts waaruit een indicatie voor een multifocale lens kan worden afgeleid. Integendeel, naar de commissie begrijpt heeft verzoeker - in overleg met de oogarts - voor een multifocale lens gekozen zodat hij geen leesbril (meer) hoeft te dragen. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de meerkosten van een multifocale lens, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van lensimplantatie tot een bedrag van maximaal € 500,- voor de gehele duur van de verzekering. Gedekt zijn onder andere de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie. Genoemde vergoeding is aan verzoeker verleend, zodat hij geen aanspraak heeft op een hoger bedrag, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Telefonische toezegging

- 9.4. Door verzoeker is aangevoerd dat hem tijdens een gesprek op 30 juni 2014 met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar de toezegging is gedaan dat alle kosten verbonden aan de lenzen worden vergoed, mits een verwijzing wordt overgelegd van de huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft van het gesprek de volgende notitie gemaakt:
"Lensimplantatie vergoeding: uit BV + ER, verwijzing van huisarts of medisch specialist, is machtiging voor nodig, kan dhr. via oogarts aanvragen. Mocht er geen vergoeding komen uit BV kan uit AV3 vergoeding plaatsvinden tot max. 500,- voor duur van verzekering. Dhr. wilde ook weten waar kwaliteit beter was. gebeld met zorgbemiddeling Sharon, was geen genoeg kwaliteitsinfo over om dhr. te adviseren, dhr. zou zelf zijn keuze moeten maken of nog overleggen met huisarts of oogarts".
De commissie is van oordeel dat niet aannemelijk is gemaakt dat verzoeker de toezegging is gedaan dat de onderhavige kosten volledig worden vergoed. De medewerker heeft volgens de notitie gezegd dat een verwijzing nodig is, en dat, mocht geen vergoeding mogelijk zijn vanuit de zorgverzekering, een mogelijkheid bestaat tot gedeeltelijke vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit laatste zou logischerwijs niet zijn medegedeeld indien de eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging was gedaan dat vergoeding zonder meer volledig ten laste van de zorgverzekering zou kunnen plaatsvinden. In dat geval zou overigens ook het indienen van een voorafgaande aanvraag volstrekt overbodig zijn. Uit het feit dat toestemming aan de

 ziektekostenverzekeraar moest worden gevraagd, had verzoeker tevens kunnen opmaken dat ook een afwijzing tot de mogelijkheden behoort.

Conclusie

 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2015,




P.J.J. Vonk