

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Hulpmiddelen, brillenglazen
Zaaknummer	: ANO07.303
Zittingsdatum	: 19 september 2007

Zaak: ANO07.303 (Hulpmiddelen, brillenglazen)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.13 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 29 maart 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van het door verzoekster aangeschafte brilmontuur met glazen.

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 Zorg Vrij Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 29 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door verzoekster gemaakte kosten voor een brilmontuur met glazen niet (volledig) worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 11 juni 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten voor het brilmontuur met glazen alsnog te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 29 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Bij brief van 26 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

Op 26 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.

- 3.8. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 27 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 september 2007 gehoord. Verzoekster in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft evenmin aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.10. Bij brief van 20 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 2 oktober 2007 meege-deeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht aanleiding vormt tot aanvulling van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 54-jarige vrouw. Door de behandelend oogarts is bij haar op 7 februari 2007 een borderline keratoconus aan beide ogen gediagnosticeerd. Na consultatie bij de contactlensspecialist is besloten tot een brilcorrectie. Verzoekster heeft een brilmontuur aangeschaft ad € 169,00, waarin twee glazen ad € 315,00 per stuk zijn geplaatst. De totale rekening van € 799,00 heeft zij ter vergoeding aan haar zorgverzekeraar gezonden.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar haar aanvraag tegen de verkeerde polisvoorwaarden heeft getoetst. De vergoeding van de door haar aangeschafte bril dient beoordeeld te worden tegen de achtergrond van artikel 3.1 lid 2 van de zorgverzekering, welk artikel bepaalt dat een verzekerde recht heeft op medisch-specialistische zorg, waaronder de voorgeschreven hulpmiddelen. Omdat de behandelend oogarts een medisch-specialist is, behoort de bril volledig vanuit de zorgverzekering vergoed te worden. Zij voelt zich in haar standpunt gesteund door de ombudsman verzekeringen, die haar telefonisch deze uitleg zou hebben gegeven.
- 4.3. Verder stelt verzoekster dat zij op enig moment op de website van de zorgverzekeraar (in de vergoedingslijst voor specialistische hulp 2007) heeft gelezen dat bij een keratoconus alles zou worden vergoed. Zij heeft die informatie destijds niet geprint en inmiddels is dit niet meer op de website te lezen.
- 4.4. Tegen de achtergrond van bovenstaande komt verzoekster tot de conclusie dat de zorgverzekeraar het brilmontuur met de glazen, ten laste van de zorgverzekering dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat medisch-specialistische zorg en hulpmiddelen (niet door de specialist geleverd) twee afzonderlijke verstrekkingen zijn. Bij bepaalde indicaties bestaat onder voorwaarden aanspraak op vergoeding van brillenglazen.
- 5.2. Weliswaar heeft verzoekster een indicatie heeft, maar er is geen sprake van een aanschaf (op medische indicatie) binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster geen aanspraak op vergoeding heeft uit hoofde van de zorgverzekeringswet.
- 5.3. Met betrekking tot verzoeksters opmerking dat zij telkens binnen twaalf maanden naar de oogarts zou moeten om de kosten van de bril vergoed te krijgen, licht de zorgverzekeraar toe dat uitsluitend als verzoekster op medische indicatie genoodzaakt is de glazen binnen twaalf maanden te laten vervangen, aanspraak bestaat op vergoeding van de glazen. Indien de glazen nog voldoen, is er geen medische noodzaak om deze te vervangen.
- 5.4. De zorgverzekeraar merkt tot slot op dat uit hoofde van de aanvullende verzekering een bedrag van € 200,- aan verzoekster is uitgekeerd.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet gecontracteerde zorg. Artikel 3.1 lid 2 stelt, onder andere, dat medisch-specialistische zorg vergoeding omvat van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, alsmede de bij de behandeling horende hulpmiddelen.
- 7.3. Vergoeding voor hulpmiddelen staat vermeld in artikel 3.4 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, onder andere, dat de aanspraak op hulpmiddelen vergoeding om-

vat van de kosten voor de middelen welke bij de Regeling zorgverzekering als zodanig zijn aangewezen. Tevens wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

- 7.4. Artikel 1 van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde heeft recht op (...) met inachtneming van hetgeen in de Regeling zorgverzekering (..) is bepaald.”

- 7.5. Artikel 5.7 van het Reglement Hulpmiddelen (gezichtshulpmiddelen) verwijst naar artikel 2.13 van de Rzv. In dit artikel is, voor zover hier van belang, bepaald:

*“(...) indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2 van deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel;
(...)”*

- 7.6. Eén van de in bijlage 3, onderdeel 2 van de Rzv genoemde indicaties is hoornvliesonregelmatigheden ten gevolge van keratoconus.

- 7.7. De regeling van de artikelen 3.1 en 3.4 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.8. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is, conform lid 3 van artikel 11 van de Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 van het Bzv en nader uitgewerkt in de artikelen 2.6 en 2.13 van de Rzv.

- 7.9. In artikel 2.6 lid 1 onderdeel f van de Rzv is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van gezichtshulpmiddelen als omschreven in artikel 2.13 van de Rzv. Onder sub a van laatstgenoemd artikel is geregeld dat hulpmiddelen brillenglazen omvatten, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2, van deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerder aanschaf van dit hulpmiddel.

- 7.10. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.11. Hulpmiddelen kunnen onder de verzekerde prestatie medisch-specialistische zorg vallen indien het betreffende hulpmiddel als een noodzakelijk, onmisbaar onderdeel van de medisch-specialistische behandeling moet worden beschouwd. De toepassing van bepaalde materialen is dan juist de geneeskundige zorg. Krijgt een verzekerde een voorschrift mee om hulpmiddelen aan hem te laten afleveren voor gebruik buiten de praktijk van de zorgverlener, dan wel buiten de instelling waaraan de zorgverlener is verbonden, dan valt deze zorg onder de verzekerde prestatie hulpmiddelen. Het

laatste is in de situatie van verzoekster aan de orde, zodat haar aanspraak op vergoeding dient te worden beoordeeld in het licht van de bepalingen over hulpmiddelenzorg.

- 7.12. De commissie constateert dat verzoekster een indicatie (keratoconus) heeft als bedoeld in bijlage 3, onderdeel 2 van de Rzv, waarnaar de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar verwijzen. Verder stelt de commissie vast dat verzoekster aan de tweede voorwaarde voldoet, daar uit het dossier op te maken valt dat sprake is van een aanschaf van brillenglazen in dezelfde maand als het jaar daarvoor brillenglazen zijn aangeschaft. Nu het exacte moment waarop de obligatoire overeenkomst is aangegaan niet is vast te stellen, komt de commissie – anders dan het CVZ – tot het oordeel dat de kosten van de brillenglazen dienen te worden vergoed, met dien verstande dat de zorgverzekeraar de kosten van de noodzakelijke brillenglazen dient te vergoeden. De meerprijs van de brillenglazen in verband met een luxere uitvoering daarvan, komen voor rekening van verzoekster.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het ziet op de medisch noodzakelijk voorgeschreven brillenglazen, verminderd met het onder 7.12 bepaalde, dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het in 7.13 bepaalde, toe.

Zeist, 17 november 2007,

Voorzitter