

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, bril
Zaaknummer : 2012.01095
Zittingsdatum : 9 januari 2013

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna 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 Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering 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 een bril, ten bedrage van € 344,- (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 20 april 2012 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 e-mailbericht van 25 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 29 augustus 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2012 aan verzoeker gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 november 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 januari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 14 november 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012128429) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat per 1 januari 2009 brillenglazen en filterglazen inclusief montuur en contactlenzen zonder medische indicatie zijn uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 december 2012 aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 januari 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. Bij brief van 10 januari 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Op 30 januari 2012 is verzoeker betrokken geweest bij een fietsongeluk, waarbij hij is aangereden en dientengevolge een zware hersenschudding heeft opgelopen. Nadien bleek dat zijn evenwicht was verstoord, en dat zijn gezichtsvermogen sterk achteruit was gegaan.
 - 4.2. De behandelend neuroloog van verzoeker sloot niet uit dat de achteruitgang van het gezichtsvermogen een direct gevolg was van het ongeluk, maar stelde dat dit niet kon worden bewezen. Om het zichtprobleem aan te pakken heeft verzoeker zich tot de opticien gewend. Deze constateerde eveneens dat zijn gezichtsvermogen sterk achteruit was gegaan. Hierop heeft verzoeker zich een nieuwe bril laten aanmeten. De kosten hiervan bedragen € 344,--.
 - 4.3. Acht weken na het ongeval heeft verzoeker zich tot de oogarts gewend. Deze schrok van de achteruitgang van diens ogen. Er was sprake van acute cataract, en er moest een staaroperatie aan beide ogen worden uitgevoerd. Dit is inmiddels geschied. Verzoeker heeft bij de oogarts geïnformeerd naar het verband tussen het ongeluk en de

achteruitgang van zijn gezichtsvermogen. De oogarts achtte een verband aannemelijk, maar kon evenmin bewijs hiervoor leveren.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten van de bril te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Er wordt enkel ingegaan op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker stelt dat hij een nieuwe bril heeft moeten aanschaffen ten gevolge van het ongeluk. Immers, de bril was noodzakelijk om weer te kunnen zien. Derhalve is sprake van noodzakelijk gebruik van een hulpmiddel naar aanleiding van een ongeluk. Dat de ziektekostenverzekeraar weigert hem tegemoet te komen is onbillijk en onrechtvaardig. Er mag geen onderscheid worden gemaakt tussen letsel aan ogen en letsel aan andere lichaamsdelen, en in het verlengde hiervan, tussen hulpmiddelen ten behoeve van ogen en ten behoeve van andere lichaamsdelen. Verzoeker voert nog aan dat verhaal van de kosten op de tegenpartij is uitgesloten, omdat de toedracht niet vaststaat.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar structureel onjuist omgaat met de vergoeding voor brillenglazen en een montuur. In 2011 en 2012 is in eerste instantie een vergoeding afgewezen, waarna door middel van een klachtenprocedure alsnog een vergoeding werd verleend. Verzoeker bestrijdt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat een vergoeding voor een bril ten laste van de zorgverzekering niet mogelijk is, ongeacht de medische indicatie of de medische noodzaak. Het CVZ concludeert in zijn advies dat per 1 januari 2009 brillenglazen inclusief montuur zonder medische indicatie zijn uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve nagelaten onderzoek te doen naar verzoekers medische indicatie voor een bril. Tot slot stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de wet- en regelgeving bij herhaling slordig en onjuist heeft toepast. Er is sprake van een onwillige houding en een onbehoorlijke omgang.
- 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. De vergoeding van kosten voor brillen ten laste van de zorgverzekering is per 1 januari 2010 vervallen. Ongeacht de medische indicatie of medische noodzaak is het sindsdien niet meer mogelijk de kosten voor brillen ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
 - 5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van brillen en lenzen tot maximaal € 186,- per twee aaneengesloten kalenderjaren. Indien binnen deze termijn een staaroperatie plaatsvindt, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van één extra bril of paar contactlenzen tot maximaal € 186,-. Reden hiervoor is dat de sterkte van de ogen verandert na het ondergaan van een staaroperatie. Op 21 mei 2012 is een DOT geopend in verband met de staaroperatie van verzoeker. In verband hiermee bestaat aanspraak op een extra vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op 22 oktober 2012 heeft verzoeker de bril die hij op 18 oktober 2012 heeft aangeschaft, gedeclareerd. Deze declaratie is ten onrechte afgewezen. De ziektekostenverzekeraar biedt verzoeker hiervoor excuses aan. De extra vergoeding van € 186,- wordt alsnog betaald.

- 5.3. Ondanks dat het vervelend is voor verzoeker dat hij door een ongeluk een nieuwe bril heeft moeten aanschaffen, wordt geen uitzondering gemaakt. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van een nieuwe bril ten laste van de zorgverzekering, en de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is bereikt.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat met ingang van 1 januari 2009 de regelgeving met betrekking tot optische hulpmiddelen is gewijzigd. In artikel 2.13 lid 1 Rzv is bepaald dat brillen zijn uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Bij contactlenzen bestaat bij een bepaalde indicatie wel aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar brengt in dat de neuroloog van verzoeker heeft aangegeven dat bij de val een achteruitgang in het zicht is opgetreden, maar deze is niet dermate ernstig dat een vergoeding vanuit de zorgverzekering wordt gerechtvaardigd. Voorts brengt de ziektekostenverzekeraar in dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een beperkte dekking bestaat. Dit bedrag is al opgebruikt. De vergoeding die moest verleend is thans ook verleend. Tot slot biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan in het geval verkeerde informatie aan verzoeker is verstrekt. Er zijn echter geen fouten gemaakt.
- 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 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van onder meer hulpmiddelen bestaat en luidt voor zover hier van belang:

“(…)

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

“(…)”

In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2012 is onder meer de aanspraak op vergoeding van uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie opgenomen. Hieronder vallen onder meer bijzondere optische hulpmiddelen, ptosisbrillen, kappenbrillen en lenzen.

- 8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2012 zijn volgens artikel 2 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.
- Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.36 Rzv. Artikel 2.13 Rzv luidt, voor zover hier van belang:

“1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:

- a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;*
- b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen; 1°. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;*
- 2°. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.*

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:

- a. brillenglazen of filterglazen inclusief montuur;*
- b. eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.*

(...)”

- 8.5. 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.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van artikel 31 van de zorgverzekering en het hierop gebaseerde Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2012, bestaat aanspraak op vergoeding van uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren. Uitgezonderd hiervan zijn brillenglazen of filterglazen inclusief montuur. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een bril ten laste van de zorgverzekering.

- 9.2. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd omtrent zijn medische situatie en de oorzaak binnen kan niet leiden tot een ander oordeel. Kosten van brillenglazen inclusief montuur zijn, zoals hiervoor is vastgesteld, expliciet uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Mede gelet op de hoogte van het met de aanschaf gemoeide bedrag en het grote percentage brildragenden, kan niet met recht worden gesteld dat toepassing van de uitsluiting van artikel 31 van de zorgverzekering naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid tot een uitkomst leidt die onaanvaardbaar is.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter