



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Eno Zorgverzekeraar N.V.
en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V., beide te Deventer
Zaak : Hulpmiddelenzorg, contactlenzen, machtiging, overgangstermijn
Zaaknummer : 201701263
Zittingsdatum : 12 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017 en 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.6 onderdeel f en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017 en 2018)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
- 2) Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. te Deventer,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ZorgDirect Basisverzekering (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 Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandTop is niet in geschil en blijft daarom 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 contactlenzen (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 27 februari 2017 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 brief van 5 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een overgangsregeling te treffen voor de vergoeding van de contactlenzen tot en met 31 december 2017. Met ingang van 1 januari 2018 wordt ter zake geen vergoeding meer verleend.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 23 november 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de contactlenzen ook na 31 december 2017 te vergoeden, en wel op grond van de op 10 september 2007 afgegeven machtiging, subsidiair de overgangsperiode te bepalen op minimaal twee jaren (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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 februari 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 maart 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018010409) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een afwijkende anatomie van de neus, met als gevolg het niet kunnen dragen van een bril, niet een stoornis is in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13 Rzv. Bij verzoeker is voorts geen sprake van een verschil tussen beide ogen van meer dan vier dioptrie dan wel van een zeer hoge refractieafwijking (meer dan tien dioptrie), waarbij met lenzen meer verbetering wordt bereikt in de gezichtsscherpte/kwaliteit van de visus dan met brillenglazen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 14 september 2018 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 3 oktober 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft in het advies overwogen dat een afwijkende anatomie van de neus, met als gevolg het niet kunnen dragen van een bril, niet een stoornis is in de visuele functie zoals omschreven in artikel 2.13 Rzv. De allergie van verzoeker voor reguliere contactlensvloeistof leidt niet ertoe dat verzoeker een indicatie heeft voor contactlenzen zoals omschreven in artikel 2.13 Rzv. Een afschrift van dit advies is op 5 oktober 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 19 oktober 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 23 oktober 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 10 september 2007 van de ziektekostenverzekeraar toestemming gekregen voor de aanschaf van daglenzen op grond van de op dat moment van toepassing zijnde voorwaarden van de zorgverzekering, totdat de levering van Titmus® lenzenvloeistof weer mogelijk was. De reden deze toestemming te verlenen was erin gelegen dat verzoeker vanwege de anatomie van zijn neus geen bril kan dragen. Bovendien had verzoeker eerder allergisch gereageerd op reguliere contactlensvloeistof. Hij verdraagt alleen vloeistof van het merk Titmus®. Deze vloeistof is echter uit de handel gehaald, zodat uitsluitend daglenzen voor verzoeker nog een optie vormen.
- 4.2. In de afgelopen jaren had verzoeker regelmatig een discussie met de ziektekostenverzekeraar over de verleende toestemming. De ziektekostenverzekeraar heeft recent medegedeeld dat zijn handelwijze niet geheel juist is geweest. Tevens is aan verzoeker medegedeeld dat hij een nieuwe medische verklaring dient over te leggen van zijn oogarts teneinde aanspraak te kunnen maken op daglenzen ten laste van de zorgverzekering gedurende het jaar 2018. Omdat sprake is van een machtiging van onbeperkte duur, die de ziektekostenverzekeraar niet zomaar kan intrekken, heeft verzoeker hierover een klacht ingediend.

- 4.3. Inmiddels heeft verzoeker een verklaring van de oogarts verkregen, die - voor zover hier van belang - als volgt luidt: "[Verzoeker], geboren (...) en wonende te (...), draagt lenzen omdat hij een bril niet goed verdraagt op de neus. Het sluit zijn luchtwegen af. De sterkte van de lenzen is -8.00 OD = OS. De gezichtsscherpte is hier goed mee. De vraag is of de destijds afgegeven machtiging verlengd kan worden. (...)".
- 4.4. Met betrekking tot de regels omtrent de vergoeding van contactlenzen ten laste van de zorgverzekering is in de afgelopen tien jaren niets veranderd. Ook is geen sprake van een wijziging in de medische situatie van verzoeker. De lenzenvloeistof van het merk Titmus® is nog niet teruggekeerd op de markt. Uit verklaringen van de ziektekostenverzekeraar van de verschillende jaren blijkt dat toen is gekeken naar de indicatie en de verzekeringssituatie, en dat telkens werd besloten dat verzoeker was aangewezen op contactlenzen die ten laste van de zorgverzekering konden worden vergoed. Het ging derhalve niet om een coulancevergoeding.
- 4.5. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt de machtiging in te trekken geldt dat dit allang niet meer tot de mogelijkheden behoort, gezien het bepaalde in artikel 3:37, vijfde lid, BW. Gelet op het voorgaande dient verzoeker de contactlenzen voor onbeperkte duur vergoed te krijgen ten laste van de zorgverzekering. Indien de machtiging niet van kracht blijft, is de huidige overgangsregeling van tien maanden te kort. Een overgangstermijn van minimaal twee jaren lijkt in dat geval opportuun.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in 2007 een machtiging heeft toegekend voor daglenzen op grond van de zorgverzekering. Deze machtiging zou van kracht blijven totdat de Titmus® lenzenvloeistof weer kon worden geleverd. Ondanks dat de situatie van verzoeker niet is veranderd, zodat hij nog steeds is aangewezen op daglenzen, en dat de Titmus® lenzenvloeistof nog steeds niet leverbaar is, wil de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van daglenzen vanaf 1 januari 2018 staken. In 2017 vergoedt hij de kosten van de daglenzen nog op basis van coulance. Volgens verzoeker is de ziektekostenverzekeraar gehouden de kosten van de daglenzen ook na 31 december 2017 te vergoeden. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, blijkt uit een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) dat een coulancevergoeding voor zorg ten laste van de zorgverzekering wel degelijk mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar kan de daglenzen na 31 december 2017 dus gewoon vergoeden op grond van coulance. Verder kan het beroep van de ziektekostenverzekeraar op het betreffende bindend advies van de commissie niet slagen. In die zaak betrof het immers een persoon die nooit aanspraak had op de betreffende zorg. Dat is bij verzoeker niet aan de orde. Als verzoeker thans aanspraak zou maken op vergoeding van daglenzen, biedt de zorgverzekering hiervoor geen dekking. De situatie van verzoeker loopt echter al elf jaar. In het advies van het Zorginstituut wordt een artikel over gehoorproblemen aangehaald, terwijl dat hier niet aan de orde is. Dit vindt verzoeker onzorgvuldig.
- 4.7. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoeker bij brief van 19 oktober 2018 opgemerkt dat niet alleen zijn allergie voor andere lensvloeistoffen een rol speelt bij de medische keuze voor daglenzen. Dit geldt ook voor zijn allergie voor huisstofmijt, pollen, katten en honden. Door deze allergieën treedt een snellere vervuiling op van de contactlenzen, hetgeen verregaande gevolgen heeft voor onder andere het gezichtvermogen en de visuele functie. Het dragen van daglenzen vormt daarom voor verzoeker het enige alternatief om tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus te komen dan brillenglazen. In het advies van het Zorginstituut staat niet expliciet dat het moet gaan om een stoornis in de visuele functie die het gevolg is van een medische aandoening of trauma, waarbij met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen. Daarnaast is duidelijk toegelicht dat de in het advies genoemde situaties voorbeelden zijn. Deze kunnen niet als leidend worden gezien. Ook andere situaties kunnen aanleiding zijn een vergoeding te verlenen. Een en ander blijkt tevens uit informatie die verzoeker van het Ministerie van VWS heeft ontvangen. In het pakketadvies van het Zorginstituut uit 2008 staat dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen lenzen die gezien kunnen worden als een cosmetisch alternatief voor een bril en lenzen

die een duidelijke meerwaarde hebben ten opzichte van een bril. Er is een indicatie indien met contactlenzen een betere correctie is te bewerkstelligen dan met een bril.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar, dat is gebaseerd op de artikelen 2.6, onderdeel f, en 2.13 Rzv, bestaat aanspraak op hulpmiddelen:

a. ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en 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 heen lopen of bij de oriëntatie.

In het geval van contactlenzen dient de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering van de gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen. Alsdan komen voor vergoeding in aanmerking lenzen met een visuscorrectie, namelijk corneale lenzen, scleralenzen en bandagelenzen.

5.2. Bij verzoeker betreft het geen corneale lenzen, scleralenzen of bandagelenzen maar reguliere sferische lenzen. Uit de recent aangeleverde medische verklaring van de oogarts van 4 juli 2017 blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van een stoornis in de visuele functie van het oog die het gevolg is van een medische aandoening of een trauma. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de contactlenzen op basis van de zorgverzekering.

5.3. De ziektekostenverzekeraar kan uit zijn administratie niet meer herleiden wat de reden is geweest voor de op 10 september 2007 aan verzoeker verleende toestemming voor de aanschaf van daglenzen. In de destijds geldende voorwaarden van de zorgverzekering was evenmin een vergoeding opgenomen voor reguliere sferische contactlenzen. Het oordeel dat aanspraak bestond was daarom onjuist, zodat de vergoeding die verzoeker tot en met 2017 heeft ontvangen was gebaseerd op coulance.

5.4. Uit een bindend advies van de commissie van 8 juni 2016 (GcZ 8 juni 2016, 201502347) volgt dat de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid moet hebben een onjuiste vergoeding stop te zetten. Hierbij dient een overgangstermijn in acht te worden genomen. De commissie gaat in het betreffende bindend advies uit van een overgangstermijn van zes maanden, terwijl de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een overgangstermijn van tien maanden in acht heeft genomen. Deze overgangstermijn is derhalve ruim genoeg.

5.5. De op 10 september 2007 afgegeven machtiging wordt niet door de ziektekostenverzekeraar ingetrokken. Het betreft het herroepen van een toestemmingsverklaring en het beëindigen van een coulanceregeling met inachtneming van een overgangsperiode van tien maanden.

5.6. Uit onderzoek is de ziektekostenverzekeraar overigens gebleken dat de Titmus® lenzenvloeistof op dit moment weer leverbaar is. Deze vloeistof is te koop bij supermarkt en drogist.

5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op basis van de eerder door hem uitgekeerde vergoedingen voor daglenzen heeft medegedeeld dat hij niet jaarlijks een machtiging hoeft aan te vragen voor daglenzen indien hij deze afneemt bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier. Nadien zijn de facturen met betrekking tot de daglenzen en de machtiging uit 2007 bekeken. Omdat de medische grondslag voor de vergoeding van de daglenzen niet duidelijk was, is aan verzoeker gevraagd een nieuwe medische verklaring over te leggen. Uit de overgelegde verklaring blijkt niet dat voor de daglenzen een medische grondslag bestaat. Gelet hierop en op de eerder uitgekeerde vergoedingen, is door de ziektekostenverzekeraar

besloten de daglenzen in 2017 nog op grond van coulance te vergoeden, maar daarna niet meer. Het niet kunnen verdragen van een bril is geen stoornis in de visuele functie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 24 (2017) en 25 (2018) van de 'algemene bepalingen' van de zorgverzekering en van 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 primair of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de contactlenzen ook na 31 december 2017 aan verzoeker te vergoeden op grond van de op 10 september 2007 afgegeven machtiging, en subsidiair - in geval van intrekking van die machtiging - hierbij een overgangstermijn van minimaal twee jaren te hanteren.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'dekking per zorgvorm' van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering (2017) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Wat is de dekking?

Je hebt recht op hulpmiddelenzorg (zorg in natura). Hulpmiddelenzorg omvat de functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. De omvang van de zorg is nader bepaald in dit reglement. In dit reglement is verder opgenomen of je het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt. Ook verdere voorwaarden voor het recht op de zorg en het gebruik van de hulpmiddelen zijn opgenomen in het reglement. (...)"

De relevante passage van de voorwaarden van de zorgverzekering 2018 kent een gelijke strekking.

8.4. Het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

"2.6.f en 2.13 (...) uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie, die omvatten:

a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren; en

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. (...)"

In geval van lenzen, dient:

a. de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen; (...)

lenzen met een visuscorrectie, te weten:

- corneale lenzen
- scleralenzen
- bandagelenzen (...)"

De relevante passage van het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar kent een gelijke strekking.

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering (2017 en 2018) en het 'Reglement Hulpmiddelen' (2017 en 2018) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de 'specifieke bepalingen' van de zorgverzekering (2017 en 2018) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie is geregeld in artikel 2.6 onderdeel f en verder uitgewerkt in artikel 2.13 Rzv.
- 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. De voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelen de aanspraak op brillen en lenzen. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:
- "(...) Kosten van brillen of lenzen (...) maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren (...)*
Vergoeding van kosten van:
- brilglazen en lenzen op sterkte (...)
Optiekbedrijven met een gediplomeerde opticien/contactlensspecialist mogen de brillen en lenzen leveren. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor corneale lenzen, scleralenzen of bandagelenzen in geval van een stoornis als gevolg van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen. Gesteld noch gebleken is dat deze situatie bij verzoeker aan de orde is, zodat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van contactlenzen, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor contactlenzen tot een maximum van € 150,- per twee kalenderjaren. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Machtiging 10 september 2007

- 9.3. Verzoeker heeft zich beroepen op een machtiging van de ziektekostenverzekeraar van 10 september 2007. Hieruit volgt volgens hem dat op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op contactlenzen én dat deze vergoeding voor onbepaalde tijd geldt bij een gelijkblijvende verzekerings- en medische situatie. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat de indertijd afgegeven machtiging berust op een vergissing, waarop hij mag terugkomen mits hierbij een overgangstermijn in acht wordt genomen. Hij heeft een overgangsregeling getroffen voor de duur van tien maanden. Verzoeker heeft gesteld dat de gehanteerde overgangstermijn te kort is en minimaal twee jaren dient te bedragen. De commissie overweegt als volgt.
- 9.4. Uit de machtiging volgt dat deze is gebaseerd op de regelgeving van het jaar 2007. Ook blijkt uit de stukken dat deze machtiging diverse malen is verlengd. Hierbij is door de ziektekostenverzekeraar niet het voorbehoud gemaakt dat sprake was van een coulancevergoeding. Achteraf bezien is evenwel gebleken dat de ziektekostenverzekeraar een vergissing heeft begaan. Verzoeker had op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de door hem aangeschafte contactlenzen. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om bij iedere verlenging te controleren of nog steeds aan de voorwaarden werd voldaan. Kennelijk is dit niet gebeurd en kan de ziektekostenverzekeraar inmiddels niet meer reconstrueren waarom destijds van de verzekeringsvoorwaarden is afgeweken. Dit betekent niet dat daarmee de bevoegdheid is komen te vervallen om in geval van verlenging de aanvraag daartoe te beoordelen. Indien hiertoe grond bestaat mag de ziektekostenverzekeraar een gemaakte fout corrigeren voor toekomstige situaties. Dit geldt ook als de omstandigheden niet zijn gewijzigd en eerdere aanvragen tot verlenging abusievelijk werden gehonoreerd. Hierbij dient de ziektekostenverzekeraar in voorkomend geval dan wel een overgangsregeling in acht te nemen. Hij is in de situatie van verzoeker uitgegaan van een overgangsregeling van tien maanden. Dit betreft - gerekend vanaf mei - een maand voor ieder jaar dat de onverplichte vergoeding heeft plaatsgevonden. De commissie acht dit een redelijke overgangsregeling.
- Bovendien is verzoeker reeds op 27 februari 2017 door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gebracht dat de eerdere vergoeding onterecht is geweest. Feitelijk is de overgangsregeling daarom langer dan tien maanden.
- Uit het voorgaande volgt dat verzoeker op basis van de afgegeven machtiging geen aanspraak kan maken op vergoeding van de contactlenzen na 31 december 2017, zodat het primair gevorderde wordt afgewezen. De commissie ziet voorts geen grond de overgangstermijn te bepalen op twee jaren of langer, zodat ook het subsidiair gevorderde wordt afgewezen. Hetgeen verzoeker verder heeft aangevoerd treft geen doel.

- 9.5. Niet gebleken is dat verzoeker met ingang van 1 januari 2018 wèl voldoet aan de in de voorwaarden van de zorgverzekering gestelde criteria voor de vergoeding van contactlenzen, zodat hij in dat jaar geen aanspraak heeft op vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 november 2018,

H.A.J. Kroon