

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, brillenglazen
Zaaknummer	: 2009.00677
Zittingsdatum	: 9 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 februari 2009 de kosten van brillenglazen niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Excellent en T-Extra afgesloten. Het geschil beperkt zich tot de aanvullende verzekering Excellent (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

- 3.2. In mei 2006 heeft verzoeker aanspraak gemaakt op vergoeding van brillenglazen. Deze zijn destijds grotendeels door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Eind 2008 heeft verzoeker opnieuw vergoeding van brillenglazen geclaimd bij de ziektekostenverzekeraar, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij bericht van 19 februari 2009 medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 23 februari 2009 en 11 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. Met ongedateerd aanmeldingsformulier, ontvangen op 15 mei 2009, 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 aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek). Tevens is door verzoeker vergoeding van wettelijke rente en (incasso)kosten gevorderd.

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft medege-deeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2009 telefonisch ge-hoord.
- 3.9. Na afloop van de zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bij fax van 15 september 2009 gereageerd op hetgeen is besproken. Verzoeker heeft bij brief van 21 septem-ber 2009 op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat brillenglazen op grond van de polisvoorwaarden van 2006 elk kalenderjaar werden vergoed. Vanaf 2007 is dit gewijzigd in éénmaal per drie kalenderjaren. Verzoeker heeft dit al-dus begrepen, dat deze voorwaarden in 2007 zijn ingegaan. Vanaf dat moment wor-den brillenglazen éénmaal per drie kalenderjaren vergoed. Polisvoorwaarden kunnen niet met terugwerkende kracht in werking treden. Zodoende zijn, gerekend vanaf 1 januari 2007 de onderhavige brillenglazen de eerste waarop de nieuwe termijn van toepassing is. Die glazen dienen derhalve te worden vergoed. Verzoeker maakt be-zwaar tegen de uitleg van de ziektekostenverzekeraar dat in 2006 al een “impliciete gebruiksbe-paling” van toepassing was, waardoor de facto ook toen al een termijn gold van drie jaar. Volgens verzoeker is hij overgeleverd aan het ondoorzichtig beleid van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in april 2006 en de-cember 2008 zijn ogen heeft laten meten. Er werd een verschil van één dioptrie en een asverdraaiing van 15 graden geconstateerd. Verzoeker kon niet meer scherp zien en had vaak hoofdpijn. Sinds hij een nieuwe bril heeft, is zijn zicht voor veraf en dichtbij verbeterd. De mate van asverdraaiing is, zo stelt verzoeker, relevant. Dit illu-streert hij met de kanttekening dat indien de opticien tweemaal een fout zou maken met de as, waarbij de afwijking meer bedraagt dan 2 graden, deze uit de franchiseke-ten wordt gezet.
- Verzoeker merkt verder op dat rechtsongelijkheid ontstaat door de wijziging van de polisvoorwaarden met ingang van 1 januari 2008. Nieuwe verzekerden worden im-mers anders behandeld dan bestaande verzekerden. De ziektekostenverzekeraar zal bij nieuwe verzekerden niet kunnen constateren dat in de voorafgaande drie jaren een bril is vergoed, terwijl dit bij bestaande verzekerden wel het geval is.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat op grond van de polisvoorwaarden van 2008 brillenglazen eenmaal per drie kalenderjaren worden vergoed. De aanschaf in 2008 valt binnen deze termijn van drie jaar, nu verzoeker nog in het jaar 2006 een vergoeding ter zake heeft ontvangen. Overigens werden ook op grond van de polisvoorwaarden van 2006 niet elk jaar brillenglazen vergoed. Een redelijke gebruiksduur werd ingecalculeerd en een verzekerde diende ook toen aangewezen te zijn op nieuwe brillenglazen. Deze impliciete gebruiksbeperking is in 2007 omgezet in een expliciete polisbeperking. Afwijking van de redelijke gebruiksduur van drie jaar is thans mogelijk indien eerdere vervanging van de brillenglazen om medische redenen noodzakelijk is. Verzoeker kan hiertoe een verklaring van een oogarts inzenden.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bij verzoeker geen medische noodzaak bestaat voor een eerdere vervanging, omdat slechts sprake is van een klein verschil in dioptrie. De ziektekostenverzekeraar ontkent dat nieuwe verzekerden worden bevoordeeld ten opzichte van bestaande verzekerden. Ook bij nieuwe verzekerden kan enkel eerder worden vergoed indien sprake is van een medische noodzaak.
- 5.3. In aansluiting op de behandeling ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 15 september 2009 bericht dat ook bij nader onderzoek van een medische noodzaak tot vervanging niet is gebleken.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in het jaar 2008 aangeschafte brillenglazen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Artikel 25 sub b onder 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“25 b. Brillenglazen en contactlenzen

1. Brillenglazen of contactlenzen, met een minimale sterkte van plus of min 1 dioptrie mits het type of de uitvoering van de glazen of lenzen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Eén en ander ter beoordeling van [de ziektekostenverzekeraar]. (...)

Voorwaarden voor vergoeding

a) Volledige vergoeding van de kosten van brillenglazen of contactlenzen tot maximaal één paar per 3 kalenderjaren en tot een maximum van € 350,- per paar.

Verdere vergoeding vindt plaats indien medische redenen de aanschaf van glazen of lenzen noodzakelijk maken waarvan de kosten hoger zijn dan € 350,- per paar. (...)

b) Indien medische redenen (niet ten gevolge van diefstal, verlies of beschadiging) een vervangingsaanschaf nodig maken, binnen de in sub a van dit artikel genoemde termijn van 3 kalenderjaren, vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] maximaal eenmaal binnen deze termijn de vervangingsaanschaf conform de hiervoor vermelde vergoedingsregeling. De medische redenen moeten blijken uit een verklaring van een oogarts."

Artikel 2 onder C van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekeringen bepaalt, wederom voor zover hier van belang, het volgende:

"Art. 2 Grondslag van de verzekering

(...)

C De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen."

Artikel 2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, opnieuw voor zover hier van belang, het volgende:

"Art. 2 Dekking

Omvang van de dekking

Wanneer voor de hierna genoemde behandelingen en verstrekkingen een medische noodzaak bestaat, vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] de kosten op basis van de officieel goedgekeurde tarieven. Indien en voor zover geen officieel goedgekeurde (maximum) tarieven zijn vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. Wanneer [de ziektekostenverzekeraar] meer vergoedt dan de officieel goedgekeurde tarieven, wordt verzekerde geacht aan [de ziektekostenverzekeraar] een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van [de ziektekostenverzekeraar] van het teveel betaalde."

- 7.3. De commissie stelt voorop dat, aangezien de aanschaf in het jaar 2008 heeft plaatsgevonden, de in dat jaar toepasselijke verzekeringsvoorwaarden relevant zijn voor de beoordeling van het onderhavige geschil. Of de vergoedingsregeling in 2006 anders luidde is in dit kader niet van belang. Anders dan verzoeker meent is van terugwerkende kracht dan ook geen sprake.

Artikel 25 bepaalt dat brillenglazen in beginsel eenmaal per drie kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking komen. Daarbij is in artikel 2 onder C van de 'algemene voorwaarden' opgenomen dat de verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij of zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Voorts is in artikel 2 van de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat een medische noodzaak dient te bestaan.

Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld – en door verzoeker is niet, althans onvoldoende bestreden – dat het gezichtsvermogen van verzoeker sinds de aanschaf in 2006 slechts in geringe mate is gewijzigd. Dit valt ook niet uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde informatie af te leiden (2006: rechts sf -1.00, C -0.75, As 65, links sf -1.75, C -0.75, As 90, 2008: rechts sf -1.00, C -0.75, As 80, links sf -1.50, C -1.00, As 90). De commissie concludeert dan ook dat een medische noodzaak tot vervanging van de in het jaar 2006 aangeschafte bril ontbreekt. Aan de in artikel 25 sub b onder 1, onderdeel b opgenomen uitzondering – die vervanging binnen een termijn van drie jaar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk maakt – wordt onder de gegeven omstandigheden niet toegekomen.

- 7.4. Van een schending van het gelijkheidsbeginsel ten gunste van nieuwe verzekerden, zoals door verzoeker gesteld, kan naar het oordeel van de commissie niet worden gesproken, aangezien niet gebleken is dat sprake is van een begunstigend beleid van de ziektekostenverzekeraar en evenmin sprake is van een "oogmerk tot begunstiging" van (een) bepaalde verzekerde(n). Evenmin is sprake van schending van de zogenoemde meerderheidsregel. Bij toepassing van die regel gaat het erom of in de meerderheid van de nieuwe verzekerden die in een vergelijkbare situatie verkeren als verzoeker, een juiste toepassing van de polisvoorwaarden achterwege is gebleven, in die zin dat niet naar een eerdere aanschaf van brillenglazen is geïnformeerd. Indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord, dient deze door de ziektekostenverzekeraar gevolgde gedragslijn ertoe te leiden dat verzoeker op gelijke wijze wordt behandeld. Aangezien verzoeker geen concrete gevallen heeft genoemd van nieuwe verzekerden die zouden zijn begunstigd, is toepassing van de meerderheidsregel in het onderhavige geval niet aan de orde. Verzoekers beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.
- 7.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter