

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E en F te G

Zaak : Hulpmiddelenzorg, cornealenzen, toerekening aan zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering, (vrijwillig) eigen risico

Zaaknummer : 2013.01219

Zittingsdatum : 4 december 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.9, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, 2.6 en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af DSM Polis 3 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 Beter Af Tandarts Polis 3 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op enkelvoudige cornealenzen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is gehonoreerd en dat de kosten ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. Echter, aangezien het vrijwillig eigen risico op dat moment nog niet was volgemaakt, komt het volledige bedrag van € 395,- ten laste van dit eigen risico.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 26 maart en 24 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 16 juli 2013 heeft verzoekster 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.

tenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 november 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 14 oktober 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 november 2013 (zaaknummer 2013126462) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat lenzen onder de te verzekeren prestaties vallen voor zover sprake is van een medische indicatie. Bij lenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren, zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen. Een medische indicatie kan zijn: een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrie). Uit de aanvraag blijkt dat bij verzoekster sprake is van myopia gravis (ernstige bijziendheid) met een hoge refractieafwijking (rechts S -11, links S -10), en dat dit niet met een bril is te corrigeren. Op grond hiervan kan gesteld worden dat verzoekster een medische indicatie heeft voor vergoeding van de contactlenzen ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoekster is op 4 december 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. Bij brief van 9 december 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 13 december 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 verzoekster
- 4.1. De zorgaanbieder heeft op 21 november 2012 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor enkelvoudige cornealenzen in verband met de diagnose myopia gravis.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van voornoemde cornealenzen ten onrechte ten laste van de zorgverzekering gebracht en verrekend met het vrijwillige eigen risico. In het bij de zorgverzekering behorende Vergoedingenoverzicht staat duidelijk vermeld dat brillen en contactlenzen niet ten laste van de zorgverzekering komen, maar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In de aanvullende ziektekostenverzekering is een duidelijke aanspraak opgenomen voor contactlenzen. Daarom ging verzoekster ervan uit dat deze kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zouden worden vergoed en dat het eigen risico hierop niet van toepassing was. Noch uit de polisvoorwaarden noch uit het Vergoedingenoverzicht blijkt dat er een verschil is tussen normale contactlenzen en cornealenzen.
- 4.3. Pas bij telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar is verzoekster gebleken dat de door haar aangeschafte cornealenzen onder de aanspraak 'hulpmiddelen' vallen. Het is verzoekster volledig onduidelijk waarom de aanspraak voor brillen en contactlenzen, zoals opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekering, niet van toepassing is. In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering wordt bij het artikel over hulpmiddelen geen melding gemaakt van contactlenzen. Hiervoor moet de verzekerde verder zoeken in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen 2012. Pas in dit Reglement wordt een onderscheid gemaakt tussen gewone contactlenzen en lenzen met een medische noodzaak, waarbij echter niet duidelijk is wat onder medische noodzaak wordt verstaan. Door verder te zoeken op de website van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gevonden dat men een verwijzing van een arts nodig heeft voor vergoeding van contactlenzen met een medische noodzaak. Verzoekster heeft de lenzen echter direct, zonder verwijzing van een arts, aangeschaft bij de leverancier.
- 4.4. Verzoekster is van mening dat de regeling, zoals deze door de ziektekostenverzekeraar wordt geschetst, 'moreel verwerpelijke' gevolgen heeft. De polisvoorwaarden en het Vergoedingenoverzicht zijn op zijn minst verwarrend, maar aangezien klanten worden aangezet om een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten, kan het ook als misleidend worden gezien. Doordat haar contactlenzen ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, krijgt verzoekster geen vergoeding hiervoor, maar kan zij de kosten van een leesbril wel uit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed krijgen. Zij vindt het volledig onterecht en immoreel dat mensen die visueel meer gehandicapt zijn een slechtere vergoedingsregeling krijgen.
- 4.5. Volgens de huidige regeling worden de contactlenzen op verwijzing van een arts niet vergoed, omdat de vergoeding ten laste van het eigen risico komt. Zonder verwijzing van een arts worden de contactlenzen wel vergoed. Het is daarom voor verzoekster gunstiger om geen verwijzing van een arts te hebben. Zij vraagt zich af wat de achterliggende gedachte van deze regeling is.
- 4.6. Verzoekster merkt op dat zij – als gevolg van een overeenkomst tussen de leverancier en de ziektekostenverzekeraar – geen korting (van 25 percent) meer krijgt van de leverancier. Aangezien de kosten van de lenzen volledig voor haar rekening komen, is zij door deze overeenkomst duurder uit.
- 4.7. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde standpunten herhaald. Verzoekster benadrukt dat zij niet kon weten dat de cornealenzen onder de aanspraak voor hulpmiddelen ten laste van de zorgverzekering zouden vallen. Dit blijkt namelijk niet uit het betreffende artikel. Pas in het Reglement Hulpmiddelen worden de

cornealenzen genoemd. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat als het eigen risico al was volgemaakt en er geen aanvullende ziektekostenverzekering zou zijn afgesloten, er geen geschil zou zijn, omdat de kosten in dat geval zouden zijn vergoed.

4.8. Verzoekster 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 artikel 30 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op hulpmiddelen. Zoals ook in dit artikel wordt vermeld, is deze aanspraak nader uitgewerkt in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen 2012. In artikel 3.4 van dit Reglement staat duidelijk vermeld dat aanspraak bestaat op cornealenzen ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster had dit Reglement digitaal kunnen raadplegen, of de ziektekostenverzekeraar kunnen verzoeken haar dit toe te sturen. Zij had derhalve op de hoogte kunnen zijn van de geldende regelgeving, zodat onbekendheid hiermee voor rekening en risico van verzoekster komt.

5.2. In het Vergoedingenoverzicht, waarmee de jaarlijkse wijzigingen bekend worden gemaakt, wordt duidelijk vermeld dat hieraan geen rechten kunnen worden ontleend. Bovendien worden verzekerden voor een gedetailleerde omschrijving van de voorwaarden verwezen naar de polisvoorwaarden.

5.3. De Zvw is bedoeld om verzekerden toegang te geven tot noodzakelijke, kwalitatief goede medische zorg. De omvang van de dekking wordt door de overheid bepaald.

5.4. De zorgverlener beoordeelt in hoeverre sprake is van verzekerde zorg waarvoor een verzekerde in aanmerking komt overeenkomstig de standaarden van de beroepsgroep. In casu heeft de zorgverlener beoordeeld dat verzoekster in aanmerking komt voor lenzen die alleen op medische indicatie worden verstrekt en die onder het verzekerde pakket vallen. De medisch specialist heeft verzoekster hiervan op de hoogte gesteld, zoals zij zelf heeft medegedeeld in het telefoongesprek van 23 april 2013.

5.5. De polisvoorwaarden zijn niet verwarrend omtrent de wijze van vergoeding. In artikel 7.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt melding gemaakt van de volgorde van vergoeding.

5.6. Op grond van de Zvw staat het de ziektekostenverzekeraar vrij over te gaan tot selectieve zorginkoop. Binnen dit geschil is geen ruimte dit contracteerbeleid ter discussie te stellen, aangezien dit is gebaseerd op de rechtsrelatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder.

5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.

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 artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welke volgens de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook

van toepassing is op 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 door verzoekster aangeschafte cornealenzen ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering dienen te komen.

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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 28 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

Levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom (...)

overeenkomstig het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen

Het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

(...)”

8.3. In artikel 3.4 van het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen is de aanspraak op onder meer cornealenzen nader uitgewerkt.

8.4. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat iedere verzekerde die premie is verschuldigd voor de basisverzekering in 2012 een verplicht eigen risico van € 220,- heeft.

8.5. In artikel 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld dat een verzekerde daarnaast kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

8.6. De artikelen 7 en 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 28 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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 en 2.13 Rzv. Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn terug te vinden in de artikelen 19 en 20 Zvw en 2.17 en 2.18 Bzv.

8.8. 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 gereuleerde 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.

8.9. Artikel 7.5 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt de rangorde van de verschillende verzekeringen bij de beoordeling van een aanspraak. Dit artikel luidt als volgt:

“Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota’s achtereenvolgens ten laste van:

- de Beter Af Polis;
- Service bij de Beter Af Polis;
- de Beter Af Tandarts Polis;
- de Beter Af DSM Polis;
- het Beter Af Vitaal Pakket;
- het Beter Af Sport Pakket;
- het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket.”

8.10. In artikel 16.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op brillen en contactlenzen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) tezamen per periode van 3 kalenderjaren (een periode omvat hele kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december en begint in het jaar van de eerste aanschaf). (...)

Maximaal € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Op grond van artikel 28 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op hulpmiddelenzorg. Deze aanspraak is nader uitgewerkt in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen 2012. Hierin is onder andere de aanspraak op cornealenzen opgenomen.

9.2. Het Reglement hulpmiddelen vormt een uitwerking van de Rzv. Uit artikel 2.13 Rzv volgt dat aanspraak bestaat op contactlenzen indien sprake is van een stoornis in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren, waarbij de stoornis het gevolg is van een medische aandoening of een trauma. Gelet

op de medeondertekening van de aanvraag door de oogarts en de hierop vermelde medische indicatie voor de lenzen, heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de aangeschafte cornealenzen ten laste van de zorgverzekering.

Eigen risico

- 9.3. Nu vaststaat dat de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering komen, is verzoekster hierover het verplicht en vrijwillig eigen risico (voor zover dit over 2012 nog niet is volgemaakt) verschuldigd. Bedoelde kosten zijn immers niet uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Voorts is gesteld noch gebleken dat het verplicht en vrijwillig eigen risico over 2012 reeds waren volgemaakt. Daarom zijn de kosten van de cornealenzen terecht ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico gebracht.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Artikel 7.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat indien aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, zoals in dit geval, deze aanspraak voorrang heeft ten opzichte van een eventuele aanspraak ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De stellingen van verzoekster, voor zover betrekking hebbend op het feit dat het voor haar financieel gunstiger zou zijn indien vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden verleend, behoeven zodoende geen verdere bespreking.

Werking privaatrecht

- 9.5. Anders dan verzoekster, is de commissie niet van oordeel dat de polisvoorwaarden omtrent de vergoeding van cornealenzen verwarrend dan wel misleidend zijn. De polisvoorwaarden dienen als geheel en in onderlinge samenhang te worden gelezen. Dat verzoekster zich mogelijk niet bewust was dat de cornealenzen onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg in het kader van de zorgverzekering vallen, maakt dit niet anders.

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, 18 december 2013,

Voorzitter