

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, brillenglas
Zaaknummer : 2011.01835
Zittingsdatum : 21 december 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Optimaal (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 Aanvulling Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 brillenglas (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 juli 2011 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 20 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem bij brief van 23 augustus 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 27 augustus 2011 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 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 de commissie bij brief van 14 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 november 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 november respectievelijk 1 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 15 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011119525) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat brillenglazen met ingang van 1 januari 2009 geen verzekerde prestatie meer vormen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 december 2011 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 27 december 2011 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. Bij verzoeker heeft een carotis endarteriëctomie plaatsgevonden. Als gevolg daarvan is het rechteroog veranderd van sterkte. Omdat de achteruitgang van het oog niet het gevolg is van een langzaam inwerkende situatie, maar van een medisch noodzakelijke ingreep, vinden de polisvoorwaarden geen toepassing, en dienen de kosten van het brillenglas door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om vergoeding van het gevolg van een op grond van de zorgverzekering gedekt evenement. Als gevolg van de operatie aan de halsslagader is het zicht in zijn oog gewijzigd. Om die reden heeft hij een ander brillenglas nodig.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor brillenglazen. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is vergoeding eenmaal per 24 maanden mogelijk. Verzoeker heeft eerst na 18 maart 2013 weer aanspraak op vergoeding van een brillenglas.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een brillenglas een hulpmiddel is. Alleen als sprake is van een stoornis in de visuele functie van het oog bestaat hierop aanspraak ten laste van de zorgverzekering. Deze situatie is bij verzoeker niet aan de orde.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.6. Artikel 3.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“3.9.1 Bril, brillenglazen of montuur

Vergoeding:

Tot € 500,- per verzekerde per 24 maanden.

Voorwaarden:

Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog. Per 24 maanden kan er één bril of één montuur of één paar brillenglazen gedeclareerd worden. Indien verzekerde alleen een montuur declareert dient er ook sprake te zijn van een afwijking van 1,5 of meer dioptrieën per oog.

De bril, brillenglazen of montuur dienen te worden geleverd door een opticien en/of optometrist. Geen vergoeding bij aanschaf via internet. Er bestaat geen recht op vergoeding van een bril, brillenglazen of montuur indien in het betreffende kalenderjaar al lenzen geleverd zijn. Er dient in de 60 maanden voorafgaand aan de aanschaf van de bril, brillenglazen of montuur geen laserbehandeling of lensimplantatie als bedoeld in artikel 3.28 te hebben plaatsgevonden.

Toelichting:

De periode van 24 maanden gaat in op de leverdatum van de brillenglazen, bril of montuur die door de zorgverzekeraar zijn vergoed. Berekening van het aantal dioptrieën vindt plaats aan de hand van de sferische en cilindrische correctie waarbij een eventuele additionele correctie wordt meegerekend. Wanneer sprake is van een correctie in gelijke richting worden de waarden voor de sferische en cilindrische correctie opgeteld. Bij correctie in tegengestelde richting wordt uitgegaan van de hoogste van beide waarden.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt geen dekking voor brillenglazen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor brillenglazen tot een maximaal bedrag van € 500,--. Op deze vergoeding bestaat eenmaal per 24 maanden aanspraak. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld – en door verzoeker niet bestreden – dat verzoeker in de afgelopen 24 maanden al eerder kosten heeft gemaakt voor brillenglazen, zodat hij op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering ten tijde van de aanvraag geen aanspraak had op vergoeding van de kosten hiervan.

Redelijkheid en billijkheid

- 9.3. Voor zover verzoeker met zijn stelling dat de achteruitgang van het rechteroog het gevolg is van een medische ingreep bedoelt dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien de kosten van het brillenglas voor zijn rekening blijven, is de commissie van oordeel dat het beroep hierop niet slaagt. Waar het de zorgverzekering betreft is het een keuze van de wetgever geweest brillenglazen uit te sluiten van de verzekerde prestaties. Met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat een verband bestaat tussen de premiehoogte en de dekking. Tegen die achtergrond kan de stelling dat toepassing van artikel 3.9.1, met de daarin opgenomen beperkte vergoeding, onaanvaardbaar is, niet slagen. Temeer nu de kosten van het brillenglas relatief laag zijn.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter