

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, vergoeding contactlenzen
Zaaknummer : 2012.01060
Zittingsdatum : 20 februari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub f en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Vitaal Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van contactlenzen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij recht heeft op vergoeding van de rechterlens onder aftrek van de eigen bijdrage voor dat jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 89,-- vergoed.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De SKGZ heeft namens verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 juni 2012 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 30 oktober 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 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 28 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 januari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 januari 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 29 januari 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013002187) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster alleen is geïndiceerd voor een contactlens voor het rechteroog. Voor het andere oog bestaat geen medische indicatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 februari 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 25 februari 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 11 maart 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 behandelend oogarts heeft bij verzoekster de diagnose "(...) *cornea perforatie R met irisdefect* (...)" gesteld, en schreef een "*partiële occlusie contactlens*" voor.
- 4.2. Verzoekster heeft al jarenlang problemen met de vergoeding van contactlenzen door de ziektekostenverzekeraar. Na veel telefonische contacten volgde in het verleden steeds betaling van de nota. De ziektekostenverzekeraar weigert nu echter de contactlenzen volledig te vergoeden. Verzoekster heeft in 2011 een vergoeding van slechts € 89,-- ontvangen, terwijl de lenzen € 280,-- kosten.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht slechts een vergoeding te verlenen voor één lens, aangezien verzoekster aan het andere oog geen defect heeft. Verzoekster werkt echter met kinderen, zodat zij niet kan verschijnen met slechts één lens in. De kinderen zouden schrikken van iemand die twee verschillende kleuren ogen heeft.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij een fonduevork in haar oog heeft gehad. De ontstane situatie zal nooit meer beter worden. De oogarts heeft medegedeeld dat zij honderd kopieën moest maken van de verklaring, opdat zij elk halfjaar een exemplaar naar de ziektekostenverzekeraar zou kunnen sturen. Verzoekster staat voor de klas. Daarvoor moet zij twee dezelfde lenzen hebben. Het kan niet dat zij twee verschillende kleuren irissen heeft. Je moet namelijk wel redelijk en reëel denken. Overigens is deze leverancier gestopt met het maken van deze lenzen. Er is een alternatief, en de kosten komen dan op € 148,-- voor twee lenzen in plaats van € 140,-- per stuk. Verzoekster is al 70 jaar lid. Haar man heeft al zeker dertien tot veertien uur aan de kwestie besteed. Het is daarom redelijk dat beide lenzen worden vergoed.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft een indicatie voor een aangepaste contactlens aan haar rechteroog, omdat zij zonder de lens het risico loopt haar gezichtsvermogen aan dit oog te verliezen. Het linkeroog functioneert goed en heeft geen beschadiging opgelopen. Vanuit de zorgverzekering bestaat alleen dekking voor een contactlens aan het beschadigde oog. De kosten worden verrekend met het verplichte eigen risico.
- 5.2. De kosten van beide lenzen zijn tot 1 januari 2009 volledig vergoed, onder meer naar aanleiding van klachten over de dienstverlening. In 2008 is verzoekster medegedeeld dat de vergoeding vanaf 1 januari 2009 volgens de voorwaarden van de zorgverzekering zou geschieden. De lens voor het andere oog kan – indien is voldaan aan de voorwaarden – worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het niet om de hoogte van de bedragen gaat, maar om de indicatie. Volgens het CVZ bestaat op grond van de Rzv sinds 1 januari 2009 enkel recht onder bepaalde voorwaarden. Hieruit volgt dat verzoekster alleen is geïndiceerd voor een lens rechts. De linkerlens komt ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. 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 10 van de zorgverzekering en 7 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 of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Dat wil zeggen dat u dit hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u.

In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] vindt u de volgende informatie:

- *wordt het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen verstrekt;*
- *de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;*
- *of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;*
- *of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);*
- *gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;*
- *maximum te leveren aantallen/stuks;*
- *bijzonderheden zoals maximale vergoedingen. (...)*”

- 8.4. Het ‘Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar]’ bepaalt ten aanzien van contactlenzen, voor zover hier van belang, het volgende:

“(...) U hebt recht op lenzen als u voldoet aan de criteria van de Regeling zorgverzekering. U hebt alleen recht op lenzen als er een aantoonbare meerwaarde is ten opzichte van een bril. U bent een eigen bijdrage verschuldigd van € 51,50 per lens als u de lens langer dan 1 jaar gebruikt. Als u de lens korter dan een jaar gebruikt, bedraagt de eigen bijdrage € 103,- per kalenderjaar.”

- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)”

- 8.6. De artikelen 1.2 en 32 van de zorgverzekering en het ‘Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar]’ zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de

Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie is verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 sub f en 2.13 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; (...)*

3. In het geval van lenzen dient 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 visus leiden dan brillenglazen.

4. Voor lenzen betaalt de verzekerde:

(...)

b. een eigen bijdrage van € 105 per kalenderjaar als sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval van slechts één oog dient te worden gecorrigeerd [en] geldt een eigen bijdrage van € 52,50 per kalenderjaar. (...)”

- 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 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.

- 8.9. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van brillen en contactlenzen en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen. (...)

Vergoeding:

maximaal € 150 per 2 kalenderjaren.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op een contactlens voor het rechteroog. Hetgeen hen verdeeld

houdt, is de vraag of verzoekster tevens aanspraak heeft op een contactlens voor het linkeroog, en hoe hoog de vergoeding is.

- 9.2. Uit artikel 2.13 Rzv volgt dat aanspraak bestaat op een contactlens 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 verklaring van de oogarts heeft alleen het rechteroog van verzoekster een trauma opgelopen. Niet gebleken is dat dit ook voor het linkeroog geldt, zodat zij geen aanspraak heeft op een contactlens voor dit oog, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Met betrekking tot het rechteroog geldt dat voor de lens een eigen bijdrage is verschuldigd van € 52,50 per kalenderjaar. De overige kosten komen voor vergoeding in aanmerking, onder verrekening van het (verplichte) eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft conform deze voorwaarden aan verzoekster een gedeeltelijke vergoeding verleend. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor contactlenzen tot maximaal € 150,-- per twee kalenderjaren. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Bijzondere omstandigheden

- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat van haar niet kan worden verwacht dat zij bij haar werkzaamheden voor de klas verschijnt met twee verschillende kleuren ogen. Dit argument vormt echter geen reden de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoekster ook een contactlens voor het linkeroog te vergoeden, ten laste van hetzij de zorgverzekering hetzij de aanvullende ziektekostenverzekering, zo nodig met voorbijgaan van het in die laatste verzekering opgenomen maximum. Nog daargelaten dat het niet zo hoeft te zijn dat twee verschillende kleuren ogen het gestelde schrikteffect teweeg brengen – sommige mensen hebben immers van nature twee verschillende kleuren ogen – geldt dat de kosten van de lens voor het linkeroog niet zodanig hoog zijn dat deze in redelijkheid niet voor rekening van verzoekster kunnen blijven.
- 9.6. Dat de kosten van beide lenzen in het verleden zijn vergoed, bindt de ziektekostenverzekeraar niet voor toekomstige situaties, aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoekster tijdig op de hoogte heeft gesteld van de wijziging in de coulancevergoeding.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 maart 2013,

Voorzitter