

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
E tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, brillenglazen
Zaaknummer : 2010.02407
Zittingsdatum : 23 februari 2011

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub f en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde 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 verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Gezin Pakket 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van brillenglazen ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 4 juni 2009 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 14 november 2010 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 zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 januari 2011 aan

verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 januari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 3 januari 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 2 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011001171) 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 op 3 februari 2011 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 23 februari 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 2 maart 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft ten aanzien van verzekerde verklaard: “[verzekerde] is bij mij bekend met een afakie ODS na cataractextractie als baby voor congenitaal cataract. Hij heeft een brilsterkte OD S+17.50 = C-1.00 x 150° en OS S+17.50 = C-1.00 x 70°. Omdat beeldvorming met contactlenzen bij deze sterkte veel beter is en daarmee de visuele ontwikkeling beter gestimuleerd wordt draagt hij een deel van de dag contactlenzen. Omdat hij de lenzen niet hele dagen verdraagt is het noodzakelijk dat hij daarnaast een bril heeft. Hij kan, zeker op school, niet functioneren zonder goede correctie. Omdat hij niet meer kan accommoderen is het daarnaast nog noodzakelijk dat hij gecorrigeerd is voor dichtbij. Het is, gezien zijn leeftijd, van het grootste belang dat hij de juiste correctie draagt. (...)”
- 4.2. Verzoekster stelt dat de sterkte van de bril van verzekerde steeds wisselt, omdat hij nog in de groei is. De glazen voor zijn bril moeten op speciale wijze worden geslepen, hetgeen hoge kosten met zich brengt. De glazen kosten gemiddeld rond de € 500,--. Deze kosten komen elk jaar terug. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt slechts dekking voor € 200,-- per twee kalenderjaren. Een verzoek om coulance is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat, toen verzekerde drie weken oud was, is verzuimd een ogentest te doen. Later bleek hij geen oogcontact te maken. Dit is besproken met de mensen van De Wijk. Deze gaven het advies de huisarts te raadplegen. De huisarts bleek vervolgens vier weken lang geen tijd te hebben, en hij wilde verzekerde niet verwijzen. Hier zou zijns inziens slechts reden voor zijn als het hoofd van de romp zou zijn gescheiden. Via de arts van De Wijk heeft uiteindelijk verwijzing naar het Sophia Ziekenhuis plaatsgevonden. Het was

toen al te laat. Er werd aangeboren staar geconstateerd en de lenzen moesten worden verwijderd. Gevolg hiervan is dat verzekerde, zolang hij in de groei is, contactlenzen moet dragen. Deze moeten om de drie maanden worden vervangen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een bril, omdat de ogen geregeld rood zijn. Het betreft hierbij geen gewone bril, maar een optisch hulpmiddel.

4.4. Verzoekster 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 brillenglazen vanaf 1 januari 2009 niet langer vanuit de zorgverzekering kunnen worden vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een vergoeding van € 200,-- per twee kalenderjaren. De ziektekostenverzekeraar merkt op geen coulancevergoeding te kunnen verlenen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de kosten van brillen tot 1 januari 2009 zijn vergoed vanuit de zorgverzekering. In het Gezin Pakket is een vergoeding opgenomen van € 200,-- per twee kalenderjaren. Deze is op 15 oktober 2010 verleend. De adviseur hulpmiddelen zag desgevraagd geen grond voor een aanvullende vergoeding.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op die zorg. Volgens het Reglement hulpmiddelen omvat de aanspraak in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen. (...)

In het Reglement hulpmiddelen is bepaald dat aanspraak bestaat op onder andere lenzen, bijzondere optische hulpmiddelen, kijkersystemen, tafel- en statiefloepen en handloepen.

- 8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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 voor de visuele functie is geregeld in artikel 2.6 sub f Rzv. Artikel 2.13 Rzv vormt daarvan een uitwerking en luidt, voor zover hier van belang:

“Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel f, omvatten uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren, met uitzondering van brillenglazen of filterglazen inclusief montuur. (...)

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.6. In artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op brillen en contactlenzen geregeld. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving:
een tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen. (...)*

*Gezin & Zeker Pakket
ten hoogste € 150,-- in een periode van twee kalenderjaren
verzekerden jonger dan 18 jaar hebben eenmaal per kalenderjaar recht op ten hoogste € 100,-- (...)*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Met ingang van 1 januari 2009 bestaat op grond van de zorgverzekering en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving niet langer aanspraak op (vergoeding van) brillenglazen ten laste van de zorgverzekering. Contactlenzen vormen onder bepaalde voorwaarden nog wel een verzekerde prestatie. Met betrekking tot de aan verzekerde geleverde lenzen bestaat tussen partijen geen geschil.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat voor verzekerden onder de 18 jaar aanspraak bestaat op een tegemoetkoming in de kosten van brillenglazen van € 100,-- per kalenderjaar. De commissie is gebleken dat de vergoeding in 2010 € 200,-- per twee kalenderjaren bedraagt. Over de vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat tussen partijen geen geschil.

Coulance

- 9.3. De commissie kan niet treden in het coulancebeleid van de ziektekostenverzekeraar. Overigens is de commissie van oordeel dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is indien de kosten van de brillenglazen voor rekening van verzoekster blijven.

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, 16 maart 2011,

Voorzitter