

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie,
hulpmiddelenzorg, hybride contactlenzen
Zaaknummer : 2013.00751
Zittingsdatum : 15 januari 2014

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 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.9 Bzv, 2.1, 2.6 sub f en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, 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 Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Tandengaaftand 2000 en Gezondheidsdiensten afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De verzekeringen Tandengaaftand 2000 en Gezondheidsdiensten zijn niet in geschil en blijven in het vervolg buiten beschouwing.

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 een bovenooglidcorrectie en hybride contactlenzen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 26 juli en 8 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat voor verzoekster reeds een akkoordverklaring is gegeven voor hybride lenzen, maar dat zij hierover niet is geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster met terugwerkende kracht tot 12 november 2012 een vergoeding te verlenen voor de contactlenzen. Voor het overige blijft hij bij zijn eerdere standpunt.
- 3.4. Bij brief van 6 augustus 2013 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 zorgverze-

kering 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 14 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 18 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 20 november 2013 (zaaknummer 2013128727) 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 bij verzoekster geen sprake is van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. 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 15 januari 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 januari 2014 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 5 februari 2014 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. Verzoekster is werkzaam in de accountancy en werkt daarbij veel met een computer. Aangezien zij problemen heeft met het zicht dichtbij en veraf, heeft zij besloten eind 2007 een LASEK-behandeling te ondergaan. Deze behandeling heeft niet het beoogde resultaat gehad, zodat de visus verder behandeld diende te worden. De achteruitgang in de visus heeft ertoe geleid dat verzoekster arbeidsongeschikt is geworden.
- 4.2. Verzoekster heeft in het verleden zachte contactlenzen gedragen en heeft hiervan ernstige ontstekingen gekregen. Correctie door middel van een bril is onmogelijk. Vanwege de verminderde traanfilm en de vorm van de ogen van verzoekster, passen harde contactlenzen niet. Het enige alternatief vormen therapeutische (semi)sclerale lenzen met zachte periferie (hybride lenzen). Deze lenzen worden echter door de bovenoogleden op de ogen gedrukt, waardoor het vocht wordt weggedrukt. De lenzen hebben daarom geen zin, als niet tevens een bovenooglidcorrectie wordt uitgevoerd. Deze heeft inmiddels plaatsgevonden.

- 4.3. Voor de hybride lenzen heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen alsnog akkoord gegeven. Hij hanteert hierbij echter de datum van 12 november 2012, terwijl de hybride lenzen zijn aangeschaft op 29 juni 2012. Aangezien de machtiging ingaat in november 2012, terwijl er in de maanden november en december 2012 geen nota's zijn te declareren, voelt de ziektekostenverzekeraar zich waarschijnlijk niet gehouden tot enige vergoeding. Verzoekster is met ingang van 1 januari 2013 elders verzekerd.
- 4.4. Na de bovenooglidcorrectie heeft zowel op het vlak van het gezichtsveld als de gezichtsscherpte een bovenmatige verbetering plaatsgevonden, hetgeen zonder deze ingreep niet gelukt was. De vloeistof onder de hybride lenzen wordt nu niet meer weggedrukt.
- 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. Tijdens de behandeling van het geschil is alleen ingegaan op de aangevraagde bovenooglidcorrectie. Bij deze beoordeling heeft de zorgadviseur ook gekeken naar de aanvraag voor de hybride lenzen en geadviseerd hiervoor een akkoordverklaring te geven. Helaas is dit akkoord niet gecommuniceerd naar verzoekster, waarvoor de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aanbiedt. Voor de hybride lenzen ontvangt verzoekster alsnog een akkoordverklaring. Deze zal met terugwerkende kracht ingaan op 12 november 2012, het moment van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar op het geschil. Voor de lenzen geldt een eigen bijdrage, die in 2012 € 105,-- bedroeg. Verzoekster is inmiddels elders verzekerd. Zij kan de akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar echter meenemen naar de nieuwe verzekeraar.
- 5.2. Bij verzoekster is geen sprake van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, zodat zij geen aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor deze ingreep indien sprake is van minstens 50 procent pupilbedekking door het bovenooglid. Verzoekster heeft medegedeeld dat bij haar sprake is van een bedekking van 30 procent, zodat niet is voldaan aan de voorwaarden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

B.4.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het gaat om correcties van:

(...)

c. verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was. Bij verlamde of verslaptte bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op een plastisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding. (...)"

8.4. Artikel B.17. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op hulpmiddelenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"B.17.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking. Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. (...)

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook het volgende:

- a. De voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;*
- b. Of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;*
- c. Welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;*
- d. De hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding."*

8.5. In het Reglement Hulpmiddelen is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

A.	<i>Een medische aandoening of trauma, waarbij met lenzen meer verbetering in functies gezichtscherpte of kwaliteit van visus mogelijk is dan met brillen-glazen</i>	<i>Eigen-dom</i>	<i>Eigen bijdrages: - € 52,50 per lens bij gebruiksduur langer dan een jaar; - € 105,00 per jaar bij gebruiksduur korter dan een jaar of bij eenzijdige aanpassing een jaarlijkse bijdrage van € 52,50</i>
----	---	------------------	--

- 8.6. De artikelen B.4.5. en B.17. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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.
Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op contactlenzen is nader uitgewerkt in de artikelen 2.6 sub f en 2.13 Rzv.
- 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 niet met de toepasselijke regelgeving, aangezien deze geen verwijzing bevat naar artikel 2.1 Rzv.
- 8.9. Artikel D.1.6. van 'Hoofdstuk D' van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een bovenooglidcorrectie en luidt, voor zover hier van belang:

**"D.1.6.3. Voorwaarden
Algemeen**

- a. *Het verslaptte bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt, waardoor sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking.*
- b. *Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).*
- c. *Wij hebben een aanvraag van uw behandelend medisch specialist ontvangen. Hierop staat een omschrijving en motivatie van de behandeling.*

d. *U stuurt ons een recente kleurenfoto waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Deze foto hebt u zelf gemaakt of een instelling voor medisch specialistische zorg. (...)*

- 8.10. Artikel D.4.7. van 'Hoofdstuk D' van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op brillen en contactlenzen en luidt, voor zover hier van belang:

“D.4.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de volgende gezichtshulpmiddelen:

- a. *contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);*
- b. *brillenglazen;*
- c. *een brilmontuur dat u tegelijk met brillenglazen aanschaft.*

Tip:

Als u een gezichtshulpmiddel vergoed hebt gekregen uit uw basisverzekering, maar er geldt nog een eigen bijdrage, dan kan deze eigen bijdrage worden vergoed vanuit dit artikel. (...)

Het Vergoedingen Overzicht bepaalt dat aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 100,-- per twee kalenderjaren.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

Bovenooglidcorrectie

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een bovenooglidcorrectie indien sprake is van verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. In afwijking van artikel B.4.5.1 sub c van de zorgverzekering is de behandeling in alle andere gevallen, en dus niet alleen in geval van ouderdom, op grond van artikel 2.1 sub a Rzv uitgesloten van vergoeding.
- 9.2. Aangezien gesteld noch gebleken is dat de onder 9.1 bedoelde indicatie bij verzoekster aan de orde is, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie, ten laste van de zorgverzekering. Dat zij de correctie nodig had in verband met het gebruik van hybride contactlenzen, maakt een en ander niet anders.

Hybride contactlenzen

- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van hybride contactlenzen, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een machtiging verleend, die hij heeft laten ingaan op 12 november 2012. Verzoekster is het met deze ingangsdatum oneens, omdat zij in de maanden november en december geen kosten heeft gemaakt en zij vanaf 1 januari 2013 elders is verzekerd. Bovendien wordt zo de rekening die zij had ingediend vanwege de aanschaf op 29 juni 2012, niet vergoed. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. Uit de verklaring van de opticien van 24 augustus 2012 blijkt dat de lenzen op 29 juni 2012 door verzoekster zijn aangeschaft. Blijkens de brief van de ziektekostenverze-

keraar van 26 juli 2012 is de aanvraag door hem op 4 juli 2012 ontvangen. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat de afwijzing niet terecht is geweest. Het gaat daarom niet aan de datum van akkoordverklaring op 12 november 2012 te stellen, enkel omdat op die datum is vastgesteld dat wèl aanspraak bestaat op de hybride lenzen. Op die wijze wordt verzoekster de aangevraagde vergoeding immers feitelijk onthouden. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de nota van 29 juni 2013 alsnog aan verzoekster dient te vergoeden, behoudens de eigen bijdrage van € 105,-- per kalenderjaar.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

Bovenooglidcorrectie

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor een bovenooglidcorrectie indien ten minste 50 percent van de pupil wordt bedekt door het overhangende ooglid. Het dossier bevat geen foto's van verzoekster, zodat niet kan worden nagegaan of de pupilbedekking ten minste 50 percent was. Zij heeft echter verklaard dat de bedekking destijds ongeveer 30 percent was. Bovendien is de correctie niet aangevraagd in verband met overhangende oogleden die het gezichtsveld beperken, maar om het dragen van de hybride lenzen mogelijk te maken. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Hybride contactlenzen

- 9.6. Zoals onder 9.4 is overwogen, heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten van de op 29 juni 2012 aangeschafte hybride contactlenzen ten laste van de zorgverzekering, behoudens de eigen bijdrage van € 105,-- per kalenderjaar. Zij heeft vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een vergoeding van € 100,-- per twee kalenderjaren. Hiermee kunnen ook (deels) de kosten van de eigen bijdrage worden gedekt. Het is de commissie niet bekend of deze vergoeding door verzoekster reeds is aangesproken voor andere kosten. Voor zover dit niet het geval is, heeft zij aanspraak op een vergoeding van maximaal € 100,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4 en 9.6. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4 en 9.6. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 12 februari 2014,

Voorzitter