



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, beiden te B, in deze vertegenwoordigd door D te E, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, bril, congenitaal cataract

Zaaknummer : 201600959

Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub f en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C , hierna te noemen: verzekerde, beiden te B, vertegenwoordigd door D te E,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de PZP Restitutie polis (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 Plus PZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts PZP is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een tweede set brillenglazen, ten bedrage van € 784,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 april 2016 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 8 juni 2016 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 e-mailbericht van 9 september 2016 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).
- 3.5. 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 3 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 november 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 29 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 17 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016134378) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat uit het dossier onvoldoende duidelijk is geworden of bij verzekerde sprake is van een indicatie als vermeld in artikel 2.13 lid 4 onderdeel a Rzv. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: *"Uit de voorliggende gegevens is op te maken dat het dragen van contactlenzen in combinatie met de multifocale leesbril in principe de voorkeur heeft (en dat verzekerde voldoet aan het criterium genoemd in artikel 2.13, vierde lid, onderdeel b, van de Rzv, voor de eerste bril die al is vergoed). Het dragen van contactlenzen is echter niet mogelijk als verzekerde last heeft van geïnfekteerde ogen. Op basis van artikel 2.13, vierde lid, onderdeel a, van de Rzv kan tevens aanspraak zijn op vergoeding van een bril indien er structureel sprake is van een situatie, zoals bedoeld in artikel 2.13, 4e lid, a, en de bril dus niet bedoeld is om een korte periode te overbruggen waarin de contactlenzen niet gedragen worden (wat, zoals de zorgverzekeraar ook aangeeft, doorgaans gebruikelijk is bij mensen die contactlenzen dragen). Uit de voorliggende informatie is op te maken dat beide indicaties (genoemd onder artikel 2.13, 4e lid, respectievelijk a en b) in geval van deze verzekerde aanwezig zijn en ieder voor zich een andere correctie behoeven. De reden hiervoor is het belang van adequate correctie van ernstige refractieafwijkingen voor de ontwikkeling van het visuele systeem bij een dusdanig jong kind. Indien verzekerde een substantieel deel van de tijd geen contactlenzen kan dragen en vervolgens door het ontbreken van de gevraagde tweede bril een substantieel deel van de tijd zonder correctie van de refractieafwijkingen moet functioneren, kan zij ook aanspraak hebben op de bril met sterkte van S + 9,0 en leesadditie van S + 3,0. De voorliggende informatie is echter te summier om dit te kunnen beoordelen, e.e.a. dient nader onderzocht te worden. Nadere informatie zou moeten worden opgevraagd, zoals welke diagnose, wat is de oorzaak en frequentie van het 'niet verdragen', en welke preventieve maatregelen en behandelingen zijn mogelijk en uitgevoerd. In geval van oogirritaties en -infecties bij lensdragers kunnen namelijk verschillende factoren meespelen, zoals het type lens, maar ook kunnen irritaties en infecties bijvoorbeeld optreden als gevolg van een suboptimale contactlens-hygiëne. Daarnaast is het niet duidelijk waarom in het revalidatiecentrum kennelijk geen contactlenzen worden gedragen, of verzekerde regelmatig of slechts incidenteel het revalidatiecentrum bezoekt en of, indien zij regelmatig in het revalidatiecentrum komt, de gevraagde bril te allen tijde nodig is. Ook hierover is meer informatie nodig om tot een goede beoordeling te kunnen komen."* Een afschrift van dit advies is op 18 januari 2017 aan partijen gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar is verzocht voornoemd nader onderzoek te verrichten, en de commissie binnen vier wekenover de uitkomst hiervan te informeren. Bij brief van 15 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie de uitkomst van het nader onderzoek gezonden. Een afschrift is op 27 februari 2017 aan verzoekster gestuurd.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld in te gaan op het advies van het Zorginstituut en de uitkomsten van het door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde nader onderzoek.

3.11. Bij brief van 22 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 5 april 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 6 april 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Bij brief van 12 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld alsnog een akkoordverklaring te geven voor het gevraagde. Een afschrift hiervan is naar de wederpartij gestuurd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend orthoptist heeft ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard: *“Wij hebben een multifocale bril voorgeschreven: plan beiderzijds met een additie van S +3,0 beiderzijds. Deze bril is medisch geïndiceerd omdat we hier te maken hebben met een situatie na congenitaal cataract. Niet alleen als onderdeel van de therapie dit moment, maar ook ter preventie van visuele problemen op latere leeftijd, is correctie van de refractieafwijking van beide ogen voor nabij van groot belang. Tevens hebben wij een bril voorgeschreven (S +9,0 beiderzijds met een additie van S +3,0) voor de dagen dat er geen contactlenzen gedragen kunnen worden, bijvoorbeeld wanneer [verzekerde] in het revalidatiecentrum is en op momenten wanneer de contactlenzen niet verdragen worden;(…)”*

4.2. Verzekerde heeft congenitaal cataract beiderzijds. Zij is hiervoor op 9 juni 2013 aan beide ogen geopereerd waarbij haar ooglenzen zijn verwijderd. In verband met de leeftijd van verzekerde en de grootte van haar ogen zijn er geen kunstlenzen geïmplanteerd. Door het ontbreken van ooglenzen zijn haar ogen zeer vatbaar voor infecties. Bij kinderen met deze afwijking is het enorm belangrijk dat zij zoveel mogelijk in staat worden gesteld visueel te kunnen waarnemen, waarbij het dragen van lenzen een sterke medische voorkeur heeft. De behandelend medisch specialist heeft dan ook voorgeschreven dat verzekerde in eerste instantie lenzen draagt in combinatie met een multifocale leesbril. Op de dagen dat verzekerde geïnfecteerde ogen heeft, kan zij haar lenzen niet verdragen. Voor die dagen is een additionele multifocale bril op sterkte voorgeschreven zodat zij toch kan blijven functioneren en tevens visueel wordt gestimuleerd.

4.3. Verzoekster stelt dat sprake is van een medische noodzaak voor beide brillen. De ziektekostenverzekeraar gaat naar aanleiding van de toelichting op de regelgeving gemakshalve ervan uit dat kinderen die zijn geopereerd vanwege lensafwijkingen naast contactlenzen altijd één bifocale leesbril nodig hebben en dat op basis hiervan derhalve alleen één bifocale bril kan worden vergoed. Deze interpretatie is onjuist en onvolledig. De toelichting geeft slechts een voorbeeld. Er wordt niet uitgesloten dat andere of meerdere brillenglazen kunnen worden vergoed voor kinderen met een dergelijke aandoening. Daarnaast staat in de toelichting op de regelgeving van 12 juli 2012 dat "andere medische indicaties kunnen leiden tot een vergoeding van brillenglazen."

4.4. De ziektekostenverzekeraar impliceert ten onrechte dat de tweede bril een reservebril is. Deze bril is voorgeschreven door de behandelend artsen van verzekerde. De bril stelt verzekerde namelijk in staat om visueel te kunnen functioneren op school en in de maatschappij wanneer zij haar contactlenzen niet kan verdragen. De gevoeligheid voor infecties bij verzekerde na de operatie kan niet simpelweg worden vergeleken met de situatie van lenzendragers zonder dezelfde aandoening. Door de ernst van de aandoening is de tweede multifocale bril op geen enkele wijze te vergelijken met een reservebril.

4.5. Voorts stelt verzoekster dat de tweede bril niet voldoet aan de definitie van 'algemeen gebruikelijke voorziening'. De definitie van 'algemeen gebruikelijke voorziening' is dat dit een voorziening is die niet speciaal is bedoeld voor mensen met een beperking, die in de reguliere handel verkrijgbaar is en in prijs vergelijkbaar is met soortgelijke producten. In de situatie van verzekerde voldoet de voorgeschreven bril niet aan deze definitie. Ten eerste is deze bril juist wel bedoeld voor iemand met een beperking, namelijk congenitaal cataract. Ten tweede zijn de brillenglazen in

prijs niet te vergelijken met 'reservebrillen' die worden gebruikt door personen die lenzen dragen. Vanwege de sterkte van de bril is deze per definitie bedoeld voor een persoon met een ernstige gezichtsveldbeperking. Ten derde wordt in de toelichting op de regelgeving aangegeven dat bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één-op-één aanwezig is. Dergelijke hulpmiddelen worden ook aangeschaft door personen zonder beperking. Uiteraard worden gewone brillenglazen ook aangeschaft door personen zonder congenitaal cataract. Dit geldt echter niet voor de brillenglazen met de sterkte die is voorgeschreven voor verzekerde. In het geval van verzekerde is de relatie tussen haar gezichtsveldbeperking en de aanschaf van beide multifocale brillen wel degelijk aanwezig.

4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar te weinig inspanningen heeft gepleegd om tot een goede beoordeling te komen. De brief die de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster heeft gezonden in het kader van het nader onderzoek betreft een aantal vragen die niet toereikend zijn om de juiste informatie te verkrijgen. De antwoorden op deze vragen heeft de ziektekostenverzekeraar misbruikt om onjuiste aannames te doen en hiermee een verkeerde conclusie te trekken. In het dagelijks leven heeft verzekerde te maken met meer momenten waarop zij haar tweede bril nodig heeft. In plaats van 10 percent, heeft verzekerde 35 percent van de tijd deze bril op.

4.7. 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 mag brillenglazen voor kinderen onder de achttien jaar vergoeden, als:  
1) er sprake is van een medische indicatie voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, of  
2) de verzekerde aan één of beide ogen is geopereerd vanwege een lensafwijking, of  
3) de verzekerde lijdt aan een zuivere accommodatieve esotropie.

5.2. Het is duidelijk dat verzekerde onder de tweede categorie valt. Derhalve worden de glazen voor de eerste bril - die verzekerde tegelijkertijd met haar contactlenzen draagt - vergoed. De ziektekostenverzekeraar meent dat verzekerde daarmee een passende totaalvoorziening heeft voor de status na de operatie in verband met haar lensafwijking.

5.3. De ziektekostenverzekeraar ziet echter geen grondslag voor een extra voorziening uit de basisverzekering, namelijk een tweede set brillenglazen voor de dagen dat verzekerde geen lenzen kan dragen. Verzekerde heeft namelijk een voorkeur voor het dragen van lenzen. Alleen als dit niet lukt vanwege irritatie aan de ogen, draagt zij bij wijze van uitzondering de tweede bril. De tweede set brillenglazen valt derhalve niet onder de eerste categorie van de genoemde voorwaarden. Voorts kunnen deze brillenglazen niet onder tweede categorie worden vergoed. In de toelichting op de regelgeving ten aanzien van de kinderen die vallen onder categorie twee is door de wetgever nadrukkelijk opgenomen dat deze kinderen tevens een bifocale leesbril nodig hebben. Het is dus logisch dat deze kinderen op reservebrillen zijn aangewezen. Indien de wetgever ook daarvoor een uitzondering had willen maken, dan was dit opgenomen in de regelgeving dan wel toelichting hierop. De ziektekostenverzekeraar acht het logisch dat de wetgever hier niet voor heeft gekozen. Alle lensgebruikers zijn immers redelijkerwijs aangewezen op een bril op de momenten dat zij hun lenzen niet kunnen dragen, zoals bij irritatie aan de ogen. Lenzen zijn veelal ook niet bedoeld om de hele dag te worden gedragen. Ook voor personen die lenzen dragen vanwege een medische indicatie uit de zorgverzekering zijn de extra glazen voor een reservebril altijd een gebruikelijke voorziening die voor eigen rekening komt. Dat verzekerde door haar aandoening vaker last heeft van irritaties is duidelijk, echter dit is geen reden voor vergoeding van de tweede set brillenglazen. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat de regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden redelijkerwijs niet zo kunnen worden uitgelegd dat een extra voorziening/tweede paar brillenglazen kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, naast een paar reeds uit de zorgverzekering vergoede lenzen en brillenglazen.

- 5.4. Naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar informatie van de oogarts opgevraagd om de doelmatigheid te kunnen vaststellen. De antwoorden op de gestelde vragen zijn echter gegeven door de ouders van verzekerde en niet door de oogarts. De ziektekostenverzekeraar stelt op basis van deze antwoorden vast dat verzekerde drie à vier dagen in de maand de tweede bril op heeft. Dit is geen substantieel deel van de tijd dat een visueel gezichtshulpmiddel gedragen dient te worden. Het niet kunnen dragen van de eerste bril is alleen van toepassing op de dagen dat de ogen ontstoken zijn en dat is niet structureel. De ziektekostenverzekeraar concludeert na het nader onderzoek dat de tweede bril slechts in tien percent van de tijd noodzakelijk is. Daarmee is de bril een algemeen gebruikelijke reservevoorziening, waarvoor geen dekking bestaat.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het verhaal van verzoekster tijdens de hoorzitting anders is dan hetgeen is weergegeven in de antwoorden op de gestelde vragen in het kader van het nader onderzoek. In de schriftelijke antwoorden kwam naar voren dat verzekerde drie tot vier dagen per maand geen lenzen in kan hebben. Nu blijkt dit aantal echter veel hoger te liggen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom voorgesteld de zaak nogmaals te beoordelen op basis van de ter zitting verkregen informatie.
- 5.6. Bij brief van 12 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij alsnog, bij wijze van uitzondering, een akkoordverklaring zal geven voor de tweede bril.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.22.2 van de zorgverzekering en 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 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Beoordeling van het geschil
- 8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 april 2017 aan de commissie heeft medegedeeld alsnog een machtiging te verlenen voor de ten behoeve van verzekerde aangevraagde tweede bril. Verzoekster heeft bij brief van 19 april 2017 aan de commissie verklaard dat de ziektekostenverzekeraar hiermee volledig tegemoet komt aan haar verzoek. Om die reden behoeft het verzoek geen verdere behandeling.
- 8.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten tegemoet te komen aan het verzoek, dient hij het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



9. Het bindend advies



9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is omschreven vast.



9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 10 mei 2017,



P.J.J. Vonk

