





ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden
Zaak : Hulpmiddelenzorg, vertebroil
Zaaknummer : 201700976
Zittingsdatum : 27 september 2017

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.13 Rzv)

 1. Partijen


A te B, hierna te noemen: verzoeker,

 tegen

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., hierna te noemen: de zorgverzekeraar

 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een vertebril ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 mei 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 19 juli 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 augustus 2017 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 28 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 4 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 31 augustus 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017034721) 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 of filterglazen en brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen ingevolge artikel 2.13 Rzv expliciet zijn uitgesloten. De uitzondering die hierop is gemaakt voor verzekerden onder de 18 jaar is niet van toepassing op verzoeker. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 september 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 27 september 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 28 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 oktober 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend oogarts heeft over verzoeker het volgende verklaard: *"Bovengenoemde patiënt loopt bij ons onder behandeling voor een keratoconus. Wegens ernstig astigmatisme ten gevolge van de keratoconus is het noodzakelijk dit astigmatisme te corrigeren. Patiënt is bij meerdere contactlensspecialisten geweest en gebleken is dat geen enkele contactlens door patiënt verdragen kan worden wegens een bestaand sicca syndroom. De enige mogelijkheid om patiënt te corrigeren en optimaal te laten functioneren in de maatschappij is een passende brilcorrectie."*
- 4.2. In aanvulling op hetgeen de behandelend oogarts heeft verklaard, stelt verzoeker dat hij kampt met keratoconus aan beide ogen. Voor deze aandoening draagt verzoeker al jaren zeer kostbare scleralenzen. Halverwege 2016 is het dragen van deze lenzen voor verzoeker te vermoeiend gebleken. Na lang onderzoek, en vele tests en metingen later, kreeg verzoeker het advies om weer een bril te gaan dragen. Om die reden heeft verzoeker begin 2017 een bril aangeschaft. De zorgverzekeraar blijft vergoeding van de kosten van deze bril weigeren, hetgeen voor verzoeker onbegrijpelijk is omdat drie verschillende medisch specialisten hebben verklaard dat verzoeker geen contactlenzen kan verdragen. Daarbij komt dat een eenmalige vergoeding van € 800,- voor de kosten van de bril voor de zorgverzekeraar veel goedkoper is dan de ruim € 2.000,- te moeten vergoeden die de scleralenzen kosten.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat het voor hem onbegrijpelijk is dat brillen niet onder het verzekerde pakket van de zorgverzekering vallen.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Voor verzekerden tot achttien jaar bestaat onder voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van een bril en de bijbehorende glazen ten laste van de zorgverzekering. Voor verzekerden ouder dan achttien jaar, zoals verzoeker, is geen vergoedingsmogelijkheid opgenomen. Dat verzoeker sinds kort geen scleralenzen meer kan verdragen, maakt dit niet

andere. Tot het toekennen van een coulantevergoeding ziet de zorgverzekeraar met het oog op de precedentwerking geen aanleiding.

5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.12 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

U heeft recht op functionerende hulp- en verbandmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volume-richtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. (...)"

8.4. Artikel 3.14 van het 'Reglement Hulpmiddelenzorg 2017' van de zorgverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

"3.14 Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren

*Artikel Regeling zorgverzekering
2.13.1 a*

Nadere omschrijving

De zorg omvat niet:

a. brillenglazen of filterglazen, tenzij voor een verzekerde tot 18 jaar als:

- er sprake is van een indicatie voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft of;*
- de verzekerde aan een of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking of;*
- de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie;*

b. brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen;

(...)"

Bijzonderheden

U heeft altijd voorafgaande toestemming van De Friesland nodig bij de eerste levering."

8.5. Artikel 3.9 van de zorgverzekering en artikel 3 van het 'Reglement Hulpmiddelenzorg 2017' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) ende Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, 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 gezichtshulpmiddelen is geregeld in artikel 2.6, onder f, en verder uitgewerkt in artikel 2.13 Rzv.

8.7. 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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Op grond van artikel 3.9 van de zorgverzekering en het hierop gebaseerde 'Reglement Hulpmiddelenzorg 2017' van de zorgverzekeraar, bestaat aanspraak op vergoeding van hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zoals verzoeker, zijn hiervan uitgezonderd brillenglazen of filterglazen inclusief montuur. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de in het geding zijnde kosten ten laste van de zorgverzekering.

9.2. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd met betrekking tot zijn medische situatie - waarbij door hem is verwezen naar de verklaringen van een drietal medisch specialisten - kan niet leiden tot een ander oordeel. Kosten van brillenglazen inclusief montuur ten behoeve van personen van 18 jaar en ouder zijn, zoals hiervoor is vastgesteld, immers expliciet uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Voor zover verzoeker stelt dat hij met de aanschaf van een bril zorgt voor een kostenbesparing, merkt de commissie op dat bij de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering enkel een rol speelt of de betreffende zorg onder de dekking valt, zoals omschreven in de voorwaarden. Voor substitutie van zorg, in die zin dat vanwege kostenbesparing zorg wordt vergoed die niet is gedekt, is in de huidige regelgeving die ten grondslag ligt aan de zorgverzekering geen mogelijkheid opgenomen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 oktober 2017,

H.A.J. Kroon