

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, C-brace, stand wetenschap en praktijk  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021  
Zaaknummer : 202101790  
Zittingsdatum : 23 maart 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 9 september 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 14 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 oktober 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 november 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 2 november 2021 respectievelijk 8 november 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 29 november 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021042537) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft de commissie bij die gelegenheid geadviseerd de ziektekostenverzekeraar een toelichting te laten geven dan wel nader onderzoek te laten verrichten. Een kopie hiervan is op 2 december 2021 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar hierbij verzocht zijn besluit toe te lichten dan wel het nader onderzoek te verrichten en de commissie te informeren over de uitkomst hiervan.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 16 december 2021 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Deze informatie is op 17 december 2021 doorgestuurd naar verzoekster met de mogelijkheid hierop te reageren. Verzoekster heeft op 12 en 14 januari 2022 gereageerd. Kopieën van deze reacties zijn ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De uitkomst van het nader onderzoek en de reacties van verzoekster hierop zijn op 13 en 17 januari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 21 februari 2022 heeft het Zorginstituut zijn definitieve advies aan de commissie uitgebracht. Dit definitieve advies is op 21 februari 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 maart 2022 respectievelijk 24 februari 2022 gereageerd op voornoemd advies. Kopieën van de reacties zijn ter informatie naar de respectieve wederpartijen gezonden.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten verzekeringen Wereldfit en Tandfit Czijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft sinds 2009 een partiële dwarslaesie, hierdoor is zij beperkt in haar mobiliteit. Zij kan zeer korte stukken lopen met behulp van krukken, maar is verder aangewezen op een rolstoel. Op 24 februari 2021 heeft de behandelend revalidatiearts namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een C-brace.
- 3.3. De behandelend revalidatiearts heeft op 24 februari 2021 per brief over verzoekster verklaard:

#### **Diagnose**

*2009: HNP is geopereerd. Tijdens operatie duraalzak gescheurd en partiële dwarslaesie opgelopen type cauda.*

#### **Voorgeschiedenis**

*Frozen Shoulder, supraspinatus scheur rechts  
Restklachten gehouden. Mobiliteit beperkt en pijn gehouden*

#### **Beloop**

*(...)*

*Woning : Er zijn trappen in huis . Wel slaapkamer beneden.*

*(...)*

*Gaat nu op de billen de trap op en af. Kan niets meenemen*

*Heeft spalken uitgetprobeerd bij Adelante en later nog met de fysiotherapie, o.a. KEVO (type UTX)*

*Dagbesteding: 2010 afgekeurd voor werk. Nu oppassen op kleinkinderen, tuinieren*

*Sociale activiteiten beperkt mogelijk omdat het altijd rolstoel vriendelijk moet zijn.*

*Dus moet veel regelen om ergens naartoe te kunnen.*

*Rond het huis veel hellingen, waardoor veel spalken niet toepasbaar zijn.*

*Gebruikt nu buitenshuis volledig de rolstoel.*

*Tot 2009 veel gesport. (...)*

*Hulpvraag: minimaal 200 meter lopen, inclusief hellingen en trapjes .*

*Beperkt bij winkelen en andere activiteiten buitenshuis vanuit de rolstoel. Hulp bij huishouden nodig.*

*Heeft rolstoel met ondersteuning maar kan ze door de schouderbeperking niet zelf in de auto tillen.*

#### **Lichamelijk onderzoek**

*Spierkracht re/li*

*Heupflexie 4 /2; heupabductie 4 /2; heupadductie 5 /3; knie extensie 5 /1 -2; knieflexie 5 /2; enkeldorsaalflexie 5 /1; enkelplantairflexie 5 /0 -1*

*Sensibiliteit: normaal aan de voorzijde van het bovenbeen, verminderd aan de achterzijde van het bovenbeen, afwezig onder de knie.*

*Mobiliteit van de gewrichten goed.*

*Geen spasticiteit.*

### **Conclusie**

56-jarige vrouw met partiële dwarslaesie met vooral links in het been een hypotone parese met sensibiliteitsstoornissen. Buitenshuis volledig rolstoelgebonden. Andere ortheses gaven niet voldoende verbetering van loopfunctie om er op activiteiten en participatieniveau verbetering mee te behalen.

Na 30 minuten testsessie met C-brace al loslopen en een paar treden traplopen (af). Er was sprake van een spectaculaire verbetering .

### **Beleid**

Aanvraag C-brace. Doelen:

- Doelen 200 meter lopen, trapje kunnen nemen, lopend boodschappen doen
- Met 1 kruk lopen
- Hellingen beter lopen

Reële hulpvraag, waarschijnlijk nog meer mogelijk.

Motorisch vaardige en handige patiënt, voorheen al zeer sportief.

Hulpvraag niet te behalen met alternatief."

- 3.4. De orthopedisch adviseur heeft in de aanvraag over verzoekster verklaard:

"(...)

Haar bovenlichaam is beperkt belastbaar door ruptuur van de M. supraspinatus en de daarna ontstane Frozen Shoulder rechts. Hierdoor is lopen met krukken slechts beperkt mogelijk. Te hoge belasting zorgt voor veel schouderpijn.

(...)

#### **Zelfstandigheid en Mobiliteit**

[Verzoekster] kan zich slechts 25 meter, met 2 krukken, voortbewegen. Belangrijk is dat er geen obstakels in de weg staan en het grondvlak niet te veel helling heeft. (...)

Trap op en af lopen is niet mogelijk.(...)

#### **Welk hulpmiddel is voor mevrouw geschikt?**

Hoewel mevrouw op dit moment geen gebruik maakt van orthesen als loophulpmiddel, zijn er in het verleden wel meerdere ortheses getest. Zo is er ten tijden van de revalidatie getest met verschillende EVO's en een UTX. Deze gaven onvoldoende verbetering van loopfunctie om er in het dagelijks leven ook echt functioneel op vooruit te gaan. (...)

Een C-Brace geeft maximale vrijheid, maar belangrijker nog: maximale veiligheid. Dat komt doordat deze orthese standfase- en zwaai fasecontrole biedt. De C-Brace laat het mogelijk het been te buigen, zodra de knie aan het eind van de standfase een strekkend moment heeft gemaakt. Deze buiging wordt hydraulisch ondersteund. Het valrisico wat groot blijft bij het gebruik van een SC-KEVO, wordt middels een C-Brace geminimaliseerd tot een normaal valrisico. Deze orthese biedt veiligheid in alle situaties. Het been kan onder belasting gebogen worden (traplopen, stoeprand afstappen, heuvel af lopen) en kan belasting in gebogen stand opvangen (geen volledige pas maken, een obstakel overwinnen, een helling opgaan). (...)"

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 maart 2021 per e-mail aan de zorgaanbieder meegedeeld dat de aanvraag voor de C-brace is afgewezen. Uit de ontvangen informatie van de behandelend arts blijkt dat de doelen van de inzet van de C-brace voornamelijk zijn dat verzoekster zich kan verplaatsen in en rondom het huis en binnen de woonplaats, en het vergroten van de maatschappelijke participatie. Deze doelen vallen volgens de ziektekostenverzekeraar onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

- 3.6. De door de ziektekostenverzekeraar geconsulteerde technisch adviseur heeft op 5 mei 2021 het volgende verklaard:

*"Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van het inzetten van dit hulpmiddel. Dat maakt dat het op dit moment niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wel hebben wij enkele onderzoeken gevonden die positieve effecten laten zien ten aanzien van de stabiliteit en de kwaliteit van leven. Deze onderzoeken geven aanleiding tot nader onderzoek, maar geven op dit moment onvoldoende basis voor een aanspraak.*

*(...)*

*Het volgende is dan ter overweging.*

*In deze casus is een zorgvuldige indicatie en uitgebreide testfase toegepast. Verzekerde heeft het hulpmiddel goed en langdurig kunnen uitproberen en de voordelen zijn duidelijk aangetoond. Voorheen zijn diverse orthesen geprobeerd die geen verbetering van de functionaliteit opleverden. Gebruik van de rolstoel bleef altijd noodzakelijk, en de loopafstand bleef beperkt tot 25 meter. Daarnaast was lopen zonder krukken niet mogelijk. Met het gebruik van de C-Brace is de loopafstand vergroot tot 200 meter zonder krukken en is de rolstoel in veel gevallen niet meer nodig. Diverse situaties zijn beschreven waarin de voordelen van toepassing van de C-Brace evident zijn.*

*Bij beoordeling van een aanvraag voor elektronisch gestuurde protheseknieën wordt doorgaans gekeken naar mogelijk andere beperkingen die verzekerde heeft en die van invloed kunnen zijn op het lopen. Ook in deze casus is sprake van zogenaamde comorbiditeit in de vorm van de problematiek aan haar rechter schouder. Hierdoor is het gebruik van de noodzakelijke krukken niet optimaal. Samen met de zeer beperkte stabiliteit van haar linker been is ook dit een argument wat in de beoordeling meegenomen dient te worden. Met name het veiligheidsaspect speelt hierbij een belangrijke rol.*

*Dat dit hulpmiddel voor verzekerde zeker een grote toegevoegde waarde heeft, een vergroting van haar veiligheid en zelfstandigheid en een verbetering van de kwaliteit van haar leven geeft is duidelijk. Dat de aangevraagde voorziening kostbaar is en er mogelijk bij machtiging ook een kans op precedentwerking is, is ook helder en dient ook in de overweging meegenomen te worden.*

*(...)"*

- 3.7. De orthopedisch adviseur heeft de ziektekostenverzekeraar namens verzoekster om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 20 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan haar meegedeeld dat er te weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de effecten van het inzetten van het aangevraagde hulpmiddel. Om die reden is geen sprake van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar handhaaft daarom zijn beslissing de C-brace niet te vergoeden.

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar daarna nogmaals om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Op 9 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld deze te handhaven.

- 3.8. Bij brief van 29 november 2021 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"Om te beoordelen of bepaalde zorg, waaronder hulpmiddelen, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, moet onder meer systematisch naar literatuur gezocht zijn. Bij de voorliggende stukken ontbreekt hier informatie over. Het is dan ook onduidelijk hoe verweerder tot dit oordeel is gekomen. Nader onderzoek c.q. een toelichting van de zorgverzekeraar op diens afwijzing is dan ook noodzakelijk. Het is primair de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om te beoordelen of zorg voor een individuele verzekerde voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.*

Omdat de vraag of de C-brace voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk eerst beantwoord moet worden door nader onderzoek/verduidelijking door de verweerder komt het Zorginstituut nog niet toe aan de beoordeling of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de C-brace .

#### **Nader onderzoek:**

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

3.9. Bij brief van 21 februari 2022 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

#### **"Beoordeling**

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

(...)

Wat nodig is een oordeel over:

- In hoeverre is sprake van een technische variant
- Zo nodig: Wat is de effectiviteit ten opzichte van standaard behandeling c.q. hulpmiddel
- Eventueel: Informatie in het technisch dossier (overigens wordt in de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk in principe uitgegaan van onafhankelijke, peer reviewed wetenschappelijke studies).

#### Eerdere uitspraken over computergestuurde hulpmiddelen bij beweging

Bij beenprothesen waarbij een computergestuurde knieprothese (C-leg / Genium) werd toegepast i.p.v. conventionele knieprothese [hebben] is al eerder beoordeeld of verzekerden redelijkerwijs waren aangewezen op een computer gestuurde knie. Voor de invoering van de Zvw heeft in een eerder advies (RZA 2000, 141) het College voor zorgverzekeringen (voorganger van het Zorginstituut) geoordeeld dat de C-leg, een beenprothese met een microprocessor-gecontroleerd kniescharnier, een hulpmiddel is in de zin van de destijds geldende Regeling hulpmiddelen. Dit type geavanceerde beenprothesen valt nu dus onder de omschrijving van de Regeling zorgverzekering.

Volgens RZA 2007-171 was een verzekerde redelijkerwijs aangewezen op een prothese met C-leg in het geval deze een C-leg nodig had om veilig te kunnen lopen op hellend en oneffen terrein bij haar woning en voor het veilig kunnen traplopen, en bij wie haar conventionele prothese hiervoor niet geschikt bleek te zijn. Uit andere zaken (o.a. RZA 2005-182) volgt dat, ondanks de voordelen van een microprocessor gestuurde knieprothese ten aanzien van energie, altemeer traplopen en lopen op oneffen terrein, zolang een conventionele knieprothese bruikbaar en adequaat is, vervanging niet is aangewezen en dat de goedkoopste adequate voorziening dient te worden verstrekt.

Ook in voorgaande SKGZ adviezen is er van uitgegaan dat sprake is van een technische variant - doorontwikkeling. De vraag of de computer gestuurde (prothese)knie effectief is in vergelijking met standaard is daarmee (impliciet) positief beantwoord.

#### Technische variant

Wat betreft de orthese in geschil. Het enige wezenlijke verschil tussen een computer gestuurde knie-orthese (microprocessor-controlled stance and swing control orthosis (MP-SSCO)) en een (standaard) knie-enkel-voet-orthese (KEVO) (knee ankle foot orthosis (KAFO) / stance control orthosis (SCO)) is de elektronische i.p.v. mechanische 'controle' 'aansturing' van de kniebewegingen.

Voor het ontwerp van een orthese is het van belang dat deze stabiliteit biedt bij zowel staan als bij de zwaai fase van het been tijdens het lopen. Standaard orthese knieën kunnen zo worden ingesteld dat houdings- en zwenkfasefuncties worden geoptimaliseerd. Microprocessor gestuurde orthese knieën hebben een sensor die detecteert wanneer de knie in volledige extensie is, waardoor de loopbeweging geoptimaliseerd kan worden.

*Uit meerdere gepubliceerde studies kan worden opgemaakt dat beide systemen biomechanisch functioneel zijn. Er is dus sprake van een technische variant, waar de technische variant qua effectiviteit op één lijn te stellen is met de interventie waarop de interventie een technische variant is. Verdere beoordeling van technische variant wat betreft 'de stand van de wetenschap en praktijk' is niet nodig/aan de orde.*

### **Conclusie**

*Een computer gestuurde knie orthese (zoals de C-brace) kan vanuit de Zvw worden vergoed. In hoeverre de C-brace voor verzoek[st]er een doelmatige oplossing is, is aan verweerder. Uit het dossier is op te maken dat de C-Brace voor verzoekster een adequaat functionerend hulpmiddel is.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een C-brace maakt onderdeel uit van het basispakket."*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een machtiging af te geven voor de aangevraagde C-brace.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 79 van de ONVZ Algemene regels 2021 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### *Standpunt verzoekster*

6.2. Verzoekster heeft in 2009 een gedeeltelijke caudalaesie opgelopen. Hierdoor heeft zij problemen met haar linkerbeen, blaas en darmen. Verzoekster is hierdoor rolstoelafhankelijk geworden. Binnenshuis kan zij zich kleine stukjes voortbewegen met behulp van krukken. Daarnaast heeft verzoekster in 2014 een ongeval gehad waarbij zij een gescheurde pees (supraspinatus) heeft opgelopen met daarna een frozen shoulder. Als gevolg hiervan is het lopen met krukken en het aanduwen van de rolstoel pijnlijk en belastend geworden.

Verzoekster heeft inmiddels de C-brace geprobeerd, en na even oefenen was zij in staat om met deze orthese te lopen zonder krukken. Verzoekster benadrukt dat het gebruik van dit hulpmiddel haar veel zal brengen. Zij kan met de C-brace namelijk op diverse ondergronden wandelen en ook op hellend terrein. Zij kan hiermee traplopen, soepel gaan zitten, lopend naar de winkels, de kleinkinderen verzorgen en met hen spelen, wandelen met de hond enzovoorts. Hierdoor krijgt haar kwaliteit van leven een boost en zullen haar sociale contacten gelijkwaardiger verlopen. Ook zullen haar fysieke gesteldheid en haar conditie verbeteren. Zij zal geen last meer hebben van neuropathische pijn als gevolg van het rollen in de rolstoel over oneffen terrein, waardoor zij

minder medicatie hoeft te gebruiken. Haar schouder zal worden ontlast, waardoor zij minder pijn zal hebben en haar nachtrust hierdoor niet meer zal worden verstoord. Ook zal zij de rolstoel niet meer achter in de auto hoeven te tillen, waardoor haar rug en schouder worden gespaard.

- 6.3. Verzoekster heeft in haar brief van 11 januari 2022 benadrukt dat de C-brace voor haar een duidelijke meerwaarde heeft. Zij heeft onderbouwd waarom de C-brace volgens haar voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook heeft zij ondersteunende informatie meegestuurd.
- 6.4. Verzoekster heeft op 1 maart 2022 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Zij leest hierin een duidelijke uiteenzetting met een positieve conclusie omtrent de toekenning van een C-brace vanuit de zorgverzekering.

#### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen, omdat bij verzoekster geen sprake is van een bijzondere zorgvraag. De doelen van de inzet van de C-brace zijn voornamelijk dat verzoekster zich in en rondom het huis en in de woonplaats kan verplaatsen, en het vergroten van de maatschappelijke participatie. Deze doelen vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

In de heroverwegingen stelt de ziektekostenverzekeraar dat weinig onderzoek is gedaan naar de effecten van de inzet van de C-brace. Daarom voldoet deze orthese niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en is geen sprake van verzekerde zorg. De in de primaire beslissing genoemde reden voor de afwijzing komt hiermee te vervallen.

Nadat was verzocht om een heroverweging, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn medisch adviseur nogmaals gevraagd om advies. Hierop heeft de medisch adviseur het volgende verklaard: *"We hebben het besproken met drie medisch adviseurs. Er is ruimte voor debat of de C-brace wel/ of niet onder de Zvw valt. In 2016 heeft het zorginstituut daar een uitspraak over gedaan. Volgens hen valt een exoskelet onder de zvw. Echter hebben zij tegelijkertijd ook de uitspraak gedaan dat het geen stand van de wetenschap en praktijk betreft. Daardoor komt het nog niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. Advies [is] dan ook de aanvraag af te wijzen."*

De ziektekostenverzekeraar heeft ook advies gevraagd aan het Nederlands Technisch Advies College (NTAC). Het NTAC heeft bevestigd dat de C-brace niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 december 2021 meegedeeld dat hij - op basis van zijn onderzoek naar beschikbare studies en bronnen - een zeer beperkt aantal studies en onafhankelijke onderzoeken ziet. Er is niet onomstotelijk bewezen dat dit hulpmiddel in de praktijk van het dagelijks leven een toegevoegde waarde heeft en dat deze vorm van zorg als bewezen effectief kan worden beschouwd.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 februari 2022 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft het dossier nogmaals intern besproken. De ingestuurde gegevens zijn zorgvuldig (medisch) beoordeeld en dit heeft geleid tot een gewijzigd standpunt. De ziektekostenverzekeraar zal de kosten van de C-brace alsnog aan verzoekster vergoeden ten laste van de zorgverzekering tot maximaal het geoffreerde bedrag van € 40.647,28. Een machtiging wordt evenwel pas afgegeven nadat de commissie hierover een standpunt heeft ingenomen.

#### *Overwegingen commissie*

- 6.8. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor hulpmiddelenzorg. Ook voor deze zorg geldt de eis dat moet worden voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het was aanvankelijk hierover dat partijen van mening verschilden. Uit het definitieve advies van het Zorginstituut van 21 februari 2022 blijkt dat een C-brace voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve onder de dekking van de zorgverzekering valt. Ook heeft het



Zorginstituut geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op dit hulpmiddel. De commissie neemt de conclusies van het Zorginstituut over.

De vraag of de C-brace voor verzoekster een doelmatige oplossing is, heeft het Zorginstituut niet beantwoord. Deze beoordeling ligt volgens het Zorginstituut bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut meegedeeld dat hij de C-brace alsnog aan verzoekster zal vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Daarmee behoeft de vraag of het hulpmiddel doelmatig is geen beantwoording meer.

De ziektekostenverzekeraar heeft de door hem toegezegde vergoeding evenwel beperkt tot maximaal het geoffreerde bedrag van € 40.647,28. De commissie overweegt dat sinds de offerte van 25 februari 2021 inmiddels ruim een jaar is verstreken. Aangezien de offerte een beperkte geldigheid heeft, ziet de commissie aanleiding te bepalen dat het in de machtiging op te nemen bedrag moet worden geactualiseerd in lijn met een op het moment van machtiging geldende offerte van de desbetreffende zorgaanbieder.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de C-brace ten laste van de zorgverzekering;
- (ii) het in de machtiging op te nemen bedrag dient te worden geactualiseerd;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 28 maart 2022,

L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

### Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
  - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
  - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;

(...)

### Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:

- a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
- b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:
  - 1°. lopen;
  - 2°. gebruiken van hand en arm;
  - 3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;
  - 4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
  - 5°. gebruik van communicatieapparatuur.

2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.

3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet

- a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
- b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
- c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opsysteem betreft;
- d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.

4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

### 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

**U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.**

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

#### Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

**Wij betalen altijd in euro's.** Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.**

Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

**a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is**

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Is dat niet zo dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

**b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen**

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

**U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres.**

Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. **Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft.** Dat is zo bij de vergoedingen Verpleging en verzorging thuis, Generalistische basis-ggz en Gespecialiseerde ggz. Voor die vergoedingen geldt dat de basisverzekering de zorg van gecontracteerde zorgverleners volledig vergoedt. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan geldt een maximale vergoeding. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker<sup>1</sup> op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2021? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb<sup>2</sup>.

Krijgt u een vergoeding voor ggz uit de aanvullende verzekering? Dan geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het maakt dan niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft of niet.

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [zorgzoeker.onvz.nl](http://zorgzoeker.onvz.nl)

<sup>2</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

# Hulpmiddelen

Heeft u hulpmiddelen nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100%, soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage Volgens de Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benefit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	€ 250, voor eigen bijdragen
<b>Topfit</b>	€ 500, voor eigen bijdragen
<b>Superfit</b>	€ 1.000, voor eigen bijdragen

## Wat u vergoed krijgt

Hulpmiddelen helpen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Of helpen u om (langer) thuis te blijven wonen. Er zijn veel soorten hulpmiddelen, en ook verschillende manieren waarop u ze vergoed krijgt. Voor sommige hulpmiddelen moet u bijvoorbeeld naar de gemeente, of naar het zorgkantoor.

De vergoeding die u nu leest, gaat over hulpmiddelen die onder de basisverzekering vallen. De basisverzekering vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die nodig zijn als u herstelt van een ziekte of aandoening, of met een ziekte of aandoening moet leven. Welke (groepen van) hulpmiddelen dat zijn staat hieronder, bij 'Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering'. Daar staat in waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of vooraf toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage.

Voor deze hulpmiddelen zijn altijd de basisregels hulpmiddelen van toepassing. Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

Staat in de vergoeding dat u voor het hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt? De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de eigen bijdrage. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

### Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

- allergeenvrije schoenen en hielbeschermers
- borstprothesen
- brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
- CPAP-apparaat
- daisyspelers
- hoortoestellen en tinnitusmaskeerders
- hulphonden
- hulpmiddelen bij diabetes
- hulpmiddelen bij pijnbestrijding (TENS)
- hulpmiddelen bij problemen met ademen
- hulpmiddelen bij problemen met bewegen
- hulpmiddelen bij problemen met het ophouden van urine en ontlasting
- hulpmiddelen bij problemen met horen
- hulpmiddelen bij problemen met spreken
- hulpmiddelen bij problemen met zien

- hulpmiddelen bij trombose
- hulpmiddelen bij vaatproblemen
- hulpmiddelen bij verpleging en verzorging op bed
- hulpmiddelen voor anticonceptie
- hulpmiddelen voor voeding
- incontinentiemateriaal
- infuuspomp voor geneesmiddelen
- injectiespuiten en injectiepenen om zelf medicijnen toe te dienen
- kappen voor schedelbescherming
- kortdurende uitleen (van hulpmiddelen bij problemen met bewegen)
- MRA
- orthesen
- orthopedische schoenen en andere schoenvoorzieningen
- persoonsalarmering
- pruik
- prothesen
- steunkousen
- verbandmiddelen
- verbandschoenen
- woningaanpassing en overige kosten bij thuisdialyse
- zuurstofapparatuur

#### **Andere vergoedingen**

De basisverzekering vergoedt de hulpmiddelen hierboven. Er zijn ook hulpmiddelen die (gedeeltelijk) door de aanvullende verzekeringen worden vergoed. Daarvoor gelden de basisregels hulpmiddelen niet.

- bevalling-TENS
- bril, (contact)lenzen en ooglasers
- loophulpmiddelen
- plaswekker
- steunpessarium
- steunzolen: uit vergoeding Voetzorg
- verbandmiddelen voor huidaandoening of wond

## **Goed om te weten**

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

#### **Soms wordt het hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis**

Is het hulpmiddel onderdeel van een behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplantéerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding Medisch specialist. Wij vergoeden het dan niet apart.

#### **De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen**

Dit is de hulpmiddelenwijzer<sup>1</sup>. Heeft u toch nog vragen? Ons Service Center helpt u verder.

<sup>1</sup> Meer informatie leest u op: [www.hulpmiddelenwijzer.nl](http://www.hulpmiddelenwijzer.nl)