

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C en D beide E  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, artrosekruk  
Zaaknummer : 2012.00715  
Zittingsdatum : 21 november 2012

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onder ee en 2.33 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 FNV en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een artrosekruk (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 25 januari en 16 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 7 augustus 2012 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 21 november 2012 medegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.8. Bij brief van 8 oktober 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 november 2012 (zaaknummer 2012114719) 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 een artrosekruk geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 november 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 21 november 2012 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 november 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 28 november 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht, inhoudende dat verzoeker geen aanspraak heeft op een artrosekruk, ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van dit advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 1 december 2012 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 december 2012 medegedeeld geen aanleiding te zien voor het geven van een nadere reactie.

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

- 4.1. De behandelend fysiotherapeut heeft op 11 juni 2012 het volgende verklaard: “(...) *Heupartrose. Dhr. is voor het laatst op 26 januari 2011 door mij behandeld ivm zijn heup. Normaliter zou hij nog regelmatig behandeld zijn. Om recidief/terugval in mobiliteit te voorkomen zou hij dan toch 6-8 weken 2x per week en daarna 1x per week behandeld zijn om dit te kunnen realiseren. (...) Mijns inziens voldoet de Artromove wel aan de functionele omschrijving omdat de artromove is voorzien van een arthrosesteun. Hierdoor is er geen sprake van een arthrodesezitting. (...)*”
- 4.2. Verzoeker is bekend met heupartrose, waarvoor hij een artrosekruk heeft aangeschaft. Als gevolg hiervan heeft hij geen fysiotherapie meer nodig. De kruk is voorzien van een artrosesteun die het mogelijk maakt om de zogenoemde endorotatie met de heup te kunnen oefenen. De endorotatie is zeer belangrijk voor de bestrijding van de (chronische) pijn van de heupartrose. Kruk en artrosesteun horen onlosmakelijk bij elkaar; de steun is niet te monteren op een normale stoel en zonder de kruk is de ar-

trosesteun niet te gebruiken. De kruk is essentieel en functioneel. De Artromove is - anders dan de ziektekostenverzekeraar aanvoert – geen kruk die voldoet aan de normale ergonomische eisen.

4.3. Verzoeker is van mening dat de artrosekruk (nog) niet in de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen is opgenomen omdat deze zeer nieuw is. De ziektekostenverzekeraar zou de kosten ook coulancehalve kunnen vergoeden aangezien kosten van behandelingen fysiotherapie worden bespaard. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, bestaat hierbij geen groot gevaar voor precedentwerking. Weinig verzekerden zullen namelijk kiezen voor de kruk. Verzoeker heeft juist van zeer veel mensen gehoord dat hij diende over te gaan tot vervanging van zijn heup.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de artrosekruk – indien deze niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed – dient te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit kan onder de noemer 'hulpmiddelen voor mobiliteit van personen', 'uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem' of 'uitwendige (elektro)stimulator ten behoeve van pijnvermindering'.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De artrosekruk vormt geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering omdat deze niet wordt genoemd in de Regeling zorgverzekering. De kruk is niet aan te merken als een aan functiebeperkingen aangepaste stoel als bedoeld in artikel 2.33 lid 1 sub b Rzv. De kruk heeft geen arthrodese-zitting maar een artrosesteun, en is een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen. Voorts heeft verzoeker geen indicatie voor een aangepaste stoel, omdat bij hem geen sprake is van zitproblemen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar ziet geen mogelijkheid de kosten uit coulance te vergoeden, omdat heel veel mensen last hebben van heupartrose. Indien een vergoeding wordt verleend aan verzoeker, kunnen ook deze mensen een beroep doen op vergoeding.

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 A17 van de zorgverzekering 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. 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. In het Verzekeringsreglement heeft [naam ziektekostenverzekeraar] nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Verzekeringsreglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij [naam ziektekostenverzekeraar]. [Naam ziektekostenverzekeraar] zal dan uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. (...)”*

8.4. In het Verzekeringsreglement is het volgende bepaald:

*“Art. 2.6 en art. 2.33      aangepaste tafels, aangepaste stoelen, anti-decubituszittkussens, bedden in speciale uitvoering, anti-decubitusbedden, -matrassen, -overtrekken, dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien, portalen, bedverkorters en –verlengers (...)”*

8.5. Artikel B19 van de zorgverzekering en het Verzekeringsreglement zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 onder andere een aangepaste stoel is geregeld in artikel 2.6 onder ee Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.33 Rzv. Artikel 2.33 Rzv (2010) luidt, voor zover hier van belang:

*“1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel ee, omvatten, indien de verzekerde langdurig daarop is aangewezen:*

*(...)*

*b. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, indien sprake is van problemen bij het zitten en niet kan worden volstaan met een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen en niet uitsluitend sprake is van vetzucht, reuzen- of dwerggroei, waarbij de stoelen zijn voorzien van een of meer van de volgende functies of aanpassingen:*

*1°. specifieke polstering;*

- 2°. abductiebalk;
- 3°. arthrodese-zitting;
- 4°. pelottes voor zijwaartse steun; (...)

2. Onder de in het eerste lid, onderdeel b, bedoelde hulpmiddelen zijn hulpmiddelen begrepen in een uitvoering met:

1°. zwenkwielen, beremming of hoog/laag-mechanisme, indien het hulpmiddel op diverse plaatsen of met verschillende werkhogte moeten worden gebruikt;

2°. een sta-opsysteem, indien de verzekerde niet zelfstandig kan opstaan uit het hulpmiddel; (...)"

- 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 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 met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor hulpmiddelen indien deze zijn beschreven in het Verzekeringsreglement van de ziektekostenverzekeraar en de onderliggende Rzv. Een artrosekruk is niet als zodanig genoemd in één van deze regelingen. Wel bestaat aanspraak op een aangepaste stoel als bedoeld in artikel 2.33 Rzv.
- 9.2. Nog afgezien van de vraag of verzoeker een indicatie heeft voor een aangepaste stoel, geldt dat de door verzoeker aangeschafte artrosekruk niet is toegerust met één van de in artikel 2.33 Rzv bedoelde functies of aanpassingen. De kruk heeft geen een arthrodese-zitting, zo blijkt onder andere uit de verklaring van de fysiotherapeut. Verder is geen sprake van specifieke polstering, een abductiebalk of pelottes voor zijwaartse steun.
- 9.3. Aangezien de artrosekruk evenmin is te brengen onder één van de andere in de Rzv genoemde hulpmiddelen, vormt deze geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Hierbij zij opgemerkt dat de hulpmiddelen in de Rzv algemeen zijn omschreven, zodat het argument van verzoeker dat de onderhavige artrosekruk niet is opgenomen omdat deze nog te nieuw is, niet kan slagen.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een artrosekruk, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

### **Coulance**

- 9.5. Voor zover verzoeker een beroep doet op coulance aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar, merkt de commissie op niet in diens afwijzende beslissing te kunnen

treden; het al dan niet verlenen van coulance behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 december 2012,

Voorzitter