

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Hulpmiddelenzorg, korset
Zaaknummer : 2011.02193
Zittingsdatum : 9 mei 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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onder e en 2.12 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

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 2 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 korset (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 mei 2011 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 brief van 24 november 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 e-mail van 14 december 2011 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 maart 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 maart 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 15 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012029306) 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 specifieke oorzaak is voor de rugklachten, en de effectiviteit van een korset bij specifieke rugklachten niet is aangetoond. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 mei 2012 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 15 mei 2012 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft lumbalgie met onder andere degeneratieve kenmerken laaglumbaal, waarvoor hij veelvuldig oefentherapie heeft gehad. Deze therapie heeft echter niet het gewenste resultaat gehad. De revalidatiearts heeft daarom een korset voorgeschreven, waar verzoeker veel baat bij heeft. Door het korset kan verzoeker langer staan en lopen. Voorheen moest hij om de 10 à 15 minuten gaan zitten. Verzoeker loopt en fietst regelmatig om zich beter te kunnen bewegen. Door artrose in zijn gehele lichaam is hij echter in twee jaar tijd drie centimeter gekrompen, hetgeen gepaard is gegaan met pijn in de voeten, schouders, handen en rug.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het doel van orthesen is de ondersteuning bij deficiëntie van lichaamsdelen. Een indicatie voor verstrekking van een korset dat ondersteuning biedt, is aanwezig indien klachten bestaan die zijn terug te voeren op de wervelkolom en zijn intrinsieke structuren. Verder moet het resultaat dat men wenst te bereiken met een korset niet op andere wijze zijn te verkrijgen. Actief bewegen of oefenen van de spieren, eventueel onder begeleiding, is doorgaans effectiever dan een rugbandage.

5.2. Bij verzoeker is de indicatie spondylartrose gesteld, zonder dat hiervoor een specifieke oorzaak is gevonden. Er bestaat geen wetenschappelijk bewijs dat een korset bij lage rugklachten effectief is. Een en ander blijkt onder andere uit een eerder bindend advies van de commissie. Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op een korset.

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 (vergoeding van) 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 [de 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 [de ziektekostenverzekeraar]. [De 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. (...)”

De aanspraak op hulpmiddelenzorg is verder uitgewerkt in het Verzekeringsreglement, behorende bij de zorgverzekering.

8.4. 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).

- 8.5. 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 uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem is geregeld in artikel 2.6 onder e Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.12 Rzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat een korset een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Ter beoordeling ligt voor of verzoeker, mede gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, een indicatie heeft voor een korset.
- 9.2. Op grond van het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde bindend advies (GcZ 22 april 2009, 2008.01446) en het hieraan ten grondslag liggende CVZ-advies (zaaknummer 29004585) bestaat bij specifieke rugklachten geen indicatie voor een korset. Rugklachten worden specifiek genoemd indien hiervoor geen aanwijsbare lichamelijke afwijking kan worden gevonden. Bij specifieke rugklachten kan onder bepaalde voorwaarden wel een indicatie voor een korset aanwezig zijn. Het CVZ heeft zich hierbij gebaseerd op de 'CBO Richtlijn Specifieke rugklachten'.
- 9.3. Verzoeker is bekend met lumbalgie, waarbij laaglumbaal degeneratieve kenmerken zijn vastgesteld. Niet gebleken is echter dat de pijnklachten rechtstreeks worden veroorzaakt door de slijtage van de rug. Aangezien een aanwijsbare oorzaak voor de rugklachten ontbreekt, dienen deze te worden aangemerkt als specifiek, en heeft verzoeker geen indicatie voor een korset. Een en ander wordt onderschreven in het advies van het CVZ van 15 maart 2012.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter