



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, MyGait®, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201602837  
Zittingsdatum : 16 augustus 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 e.v. Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie



- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 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 door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 de neurostimulator MyGait® (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 oktober 2016 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 7 december 2016 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. Op 14 februari 2017 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 stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 april 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 april 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld 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 7 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 9 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017017266) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of de MyGait® voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 mei 2017 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten.
-  3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 mei 2017 medegedeeld dat hij tot de conclusie is komen dat de neurostimulator MyGait® voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gelet op het feit dat in de situatie van verzoeker geen maatschoenen hoeven te worden besteld, is de MyGait® ook als doelmatig te beschouwen. Om die reden zal de ziektekostenverzekeraar de kosten van de neurostimulator MyGait®, onder aftrek van het verplicht eigen risico, vergoeden. Een afschrift van de brief van 22 mei 2017 van de ziektekostenverzekeraar is op dezelfde datum aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 25 juni 2017 gereageerd.
-  3.11. Verzoeker is op 16 augustus 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. De behandelend revalidatie-arts heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: *“Diagnose: Status na ischemisch CVA rechter hemisfeer 30-10-2014. Beloop: Aanvankelijk zijn er aanhoudende klachten geweest van hyperextensie van de knie links, verminderde coördinatie en beperkte loopvaardigheid. Gedurende het traject alhier is aanvankelijk gestart met enkel-voetorthesen in combinatie met orthopedisch schoeisel. Echter gedurende de proefperiode bij orthopedisch schoenmaker Buchrnhornen is niet tot een tevreden eindresultaat gekomen. Dhr. heeft contact gehad met de fa. Otto Bock waarbij hij met de neuro elektrostimulatie My Gait heeft leren lopen. Hierbij is de hyperextensie van de knie bij zijn hemiparese verdwenen. Daarnaast is er een forse verbetering van de lengte van de gastrocnemius en soleus doordat dhr. in zijn looppatroon een betere haklanding, afwikkeling en afzet kan creëren in combinatie met een gecontroleerde knieflexie. In de revalidatiesetting hebben we een gangbeeldanalyse met dhr. uitgevoerd om de grondreactiekracht t.o.v. de knie en dus de biomechanische componenten van de neurostimulatie My Gait te vergelijken met een reguliere enkel-voetorthese. Hierbij is naar voren gekomen dat er een verbetering is in de symmetrie van lopen en de aansturing en correctie van de hyperextensie.”*
-  4.2. In aanvulling op hetgeen de revalidatie-arts heeft verklaard, stelt verzoeker dat hij eind 2014 een herseninfarct heeft gehad. Als gevolg hiervan heeft hij ernstige beperkingen aan de linkerzijde van zijn lichaam, waaronder het linkerbeen en linkervoet. Toen verzoeker het revalidatiecentrum verliet liep hij met een stok en een enkel-voet-orthese. Door de arts in het revalidatiecentrum werd

verzoeker verteld dat hij met de beperkingen moest leren leven. Aangezien verzoeker dit niet zo maar wilde accepteren, is hij veel gaan bewegen hetgeen na enige tijd effect bleek te hebben.

- 4.3. Een tijd later hebben de revalidatie-arts en een neurologisch fysiotherapeut de conclusie getrokken dat de op dat moment in het bezit van verzoeker zijnde enkel-voet-orthese niet meer voldeed en dat een nieuwe enkel-voet-orthese moest worden gemaakt. Met deze nieuwe orthese zou het lopen veel beter worden. Verzoeker heeft met het voorstel ingestemd, maar was zeer teleurgesteld toen het hulpmiddel werd geleverd. De verbeteringen waren zeer minimaal. Aangezien verzoeker niet wilde opgeven, heeft hij zelf contact opgenomen met de firma Otto Bock. Deze adviseerde hem de neurostimulator MyGait® te gebruiken. De MyGait® is een externe elektrostimulator die de zenuw van het onderbeen stimuleert zodat de voorvoet wordt opgetild bij het lopen. In een manchet, dat net onder de knie om het onderbeen wordt aangebracht, zitten de elektrodes die de onderbeenzenew op het juiste moment activeren. Na het bezoek aan Otto Bock heeft verzoeker de MyGait® op proef gehad en inmiddels is hij zeer lovend over het apparaat. Met de MyGait® kan verzoeker sinds lange tijd weer lopen zonder hyperextentie en voelt het net als vroeger. Verzoeker kan zijn linkervoet weer optillen en zijn enkel zit niet meer op slot.
- 4.4. Verder heeft verzoeker berekend dat de MyGait® gedurende een periode van tien jaar de ziektekostenverzekeraar ruim € 10.000,- kost. Dit terwijl de gebruikskosten van de orthese en de bijbehorende orthopedische schoenen over dat zelfde tijdvak € 25.500,- bedragen. Dit betekent dat de MyGait® ook voor de ziektekostenverzekeraar voordelen biedt.
- 4.5. In reactie op de mededeling dat de ziektekostenverzekeraar de factuur van de elektrostimulator MyGait® gaat vergoeden, stelt verzoeker dat het geschil daarmee nog niet is opgelost en dat hij graag wil weten of de MyGait® inmiddels tot het verzekerde pakket van de zorgverzekering behoort.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn vraag of de neurostimulator met de vergoeding standaard tot het verzekerde pakket behoort herhaald.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor de neurostimulator MyGait®, welke volgens de ziektekostenverzekeraar moet worden gezien als een medisch hulpmiddel. Met betrekking hiertoe geldt dat de overheid bepaalt welke hulpmiddelen ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. De betreffende hulpmiddelen staan vermeld in de Regeling zorgverzekering. In 2006 heeft het toenmalige College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut, bepaald dat een neurostimulator geen verzekerde prestatie is en geadviseerd hulpmiddelen voor elektrostimulatie expliciet uit te sluiten. De reden hiervoor was dat, ondanks dat de onderzoeksresultaten lieten zien dat de toepassing van neurostimulatie een veelbelovende ontwikkeling is, het hulpmiddelen betrof die nog in de experimentele fase verkeerden.
- 5.2. Na 2006 is veel literatuur gepubliceerd waarin wordt geconcludeerd dat een neurostimulator naar objectieve maatstaven als vergelijkbaar met een orthese kan worden gezien. Tot op heden heeft de overheid echter nog niet besloten een aparte categorie voor elektrostimulatie op te nemen. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk gesteld dat de MyGait® (nog) niet kan worden gezien als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, terwijl daarna de vraag opkomt of dit hulpmiddel in de situatie van verzoeker ook de meest doelmatige oplossing is.
- 5.3. Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 9 mei 2017 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar een literatuurstudie gedaan. Op basis van deze studie is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat er voldoende onderzoek heeft plaatsgevonden om te concluderen dat de elektrostimulator MyGait® voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar beoordeeld of de MyGait®

in de situatie van verzoeker ook de meest doelmatige oplossing is. Met betrekking hiertoe stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat het maken van een paar maatschoenen is gestaakt na levering van een spalk. Daarom gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat maatschoenen na verstrekking van de MyGait® waarschijnlijk niet meer nodig zullen zijn zodat kan worden geconcludeerd dat de MyGait® in de situatie van verzoeker tevens geldt als de meest doelmatige oplossing. Om die reden zal de ziektekostenverzekeraar de factuur van de door verzoeker aangeschafte MyGait®, onder aftrek van het verplicht eigen risico, vergoeden.

5.4. In reactie op de door verzoeker gestelde vraag of de functionele neurostimulator nu een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormt merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de overheid het verzekerde pakket vast stelt. De ziektekostenverzekeraar kan verzoeker om die reden niet informeren of het door hem gevraagde hulpmiddel tot de verzekerde zorg zal gaan behoren. Daar komt bij dat verzekerde pakket ieder jaar kan wijzigen of dat er andere voorwaarden worden gesteld.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en toegelicht dat de neurostimulator op dit moment voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en in de situatie van verzoeker ook doelmatig is. Aangezien het onduidelijk is of de neurostimulator ook in de toekomst conform de stand van de wetenschap en de praktijk blijft kan de ziektekostenverzekeraar geen antwoord geven op de vraag of de neurostimulator thans tot het verzekerde pakket behoort.

5.6. 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 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. 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 25 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op hulpmiddelenzorg geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.*

### *Welke zorg*

*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. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel*

*passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deezehulpmiddelen.*

*(...)*


*Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal 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 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de ziektekostenverzekeraar is de aanspraak op hulpmiddelen nader uitgewerkt.
- 8.5. Op pagina 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap' en dan geldt dat die zorg verzekerd is die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.6. Het bepaalde op de pagina's 7 en 25 van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen 2016' zijn volgens het bepaalde op pagina 7 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv.  
Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.8. 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de door hem aangeschafte neurostimulator MyGait®. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen op de grond dat het hulpmiddel (i) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld op pagina 7 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering en daarmee als verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is te beschouwen, en (ii) in de situatie van verzoeker niet doelmatig is. Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 9 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar een literatuurstudie gedaan waarna hij tot de conclusie is gekomen dat de neurostimulator MyGait® voldoet aan de stand van de wetenschap



en praktijk. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat de MyGait® in de situatie van verzoeker de meest doelmatige oplossing is. Gelet op deze conclusies heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de kosten van het hulpmiddel, onder aftrek van het verplicht eigen risico, te vergoeden. De commissie concludeert dat hiermee het belang aan het verzoek is ontvallen, waarbij de commissie opmerkt dat de door verzoeker in zijn e-mailbericht van 25 juni 2017 gestelde vraag door de ziektekostenverzekeraar is beantwoord bij e-mailbericht van 19 juli 2017 en deze beantwoording ter zitting tussen partijen nog eens is besproken, zulks - daarnaar gevraagd door de voorzitter - ter genoegen van verzoeker.




### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.2. Aangezien door de ziektekostenverzekeraar vergoeding ten laste van de zorgverzekering is toegezegd, en de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking kent voor de kosten die, op grond van de eigen risicoregeling, voor rekening van verzoeker blijven, kan het verzoek, voor zover het gaat om het resterende deel, niet op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering worden ingewilligd.





### Conclusie

- 
- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover hieraan door de ziektekostenverzekeraar nog niet is tegemoet gekomen, dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

- 
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek, voor zover hieraan door de ziektekostenverzekeraar nog niet is tegemoet gekomen, af.

Zeist, 13 september 2017,



A.I.M. van Mierlo