



Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, SnörEx® beugel
Zaaknummer : 201401097
Zittingsdatum : 14 januari 2015



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.9 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna 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 Standaard Zorgverzekering (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 Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 SnörEx beugel (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 januari 2014 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 11 en 13 maart 2014 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 14 juli 2014 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 18 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 september 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 november 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 29 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014126715) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling van OSAS door middel van een tong repositie-apparaat (TRA) - zoals een SnörEx® beugel - niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De SnörEx® beugel is niet aan te merken als een mandibulair repositie-apparaat (MRA). Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 14 januari 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 16 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota met bijlagen gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en voornoemde stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 21 januari 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen de pleitnota met bijlagen 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. Verzoeker heeft al jaren last van een ernstige vorm van apneu, waarbij ademstops van 50 tot 60 seconden geen uitzondering zijn. Verzoeker heeft diverse CPAP-apparaten en -maskers geprobeerd, maar hij kon hiermee niet slapen, omdat hij hierdoor claustrofobische klachten kreeg en bang was om te stikken. Ook slaaptherapie met een CPAP-apparaat tijdens een ziekenhuisopname - onder begeleiding van verpleegkundigen - leverde geen resultaat op.
- 4.2. De SnörEx® beugel is een alternatief voor het CPAP-apparaat. Dit hulpmiddel drukt de tong van verzoeker naar beneden, waardoor ruimte ontstaat in zijn keelholte. Deze ruimte wordt normaliter bijna geheel afgesloten door het naar achter vallen van zijn tong. Hij krijgt nu aanzienlijk meer lucht en zuurstof binnen tijdens het slapen. Verzoeker heeft veel profijt van de SnörEx®: hij staat niet langer vermoeid op, en heeft meer energie gedurende de dag.
- 4.3. In de polisvoorwaarden is vermeld dat een MRA-beugel voor vergoeding in aanmerking komt als sprake is van apneu en het hulpmiddel niet tegen snurken wordt gebruikt. Verzoeker ging daarom ervan uit dat de kosten van de SnörEx® beugel zouden worden vergoed. Voorts staat op de website van de zorgverlener vermeld: "Recent is de regelgeving op dit gebied gewijzigd. Indien sprake is van OSAS komt u in aanmerking voor vergoeding. Hierbij dient u rekening te houden met het wettelijk eigen risico."
- 4.4. Eén van de redenen dat de ziektekostenverzekeraar de voor de SnörEx® gedeclareerde kosten heeft afgewezen, is dat de leverancier niet is gecontracteerd. Verzoeker merkt in dit

verband op dat hij een restitutieverzekering heeft en daarom niet is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar zou in ieder geval 80 percent van de aanschafkosten moeten vergoeden.

4.5. De communicatie met de ziektekostenverzekeraar is zeer moeilijk verlopen. Verzoeker moest na het indienen van de nota, waarbij het declaratieformulier alsmede het door de arts ondertekende aanvraagformulier waren gevoegd, zeer lang wachten op een inhoudelijke reactie. Verzoeker heeft daarom op 19 november 2013 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is hem verteld dat de declaratie was afgewezen omdat de nota en de aanvraag van de arts niet waren ingediend. Verzoeker heeft opgemerkt dat dit niet juist was, maar hem werd geantwoord dat hij een brief zou krijgen met de motivering van de afwijzing. Op 23 december 2013 heeft verzoeker nogmaals naar de ziektekostenverzekeraar gebeld, omdat hij voornoemde brief niet had ontvangen. De betreffende medewerkster heeft hem verteld dat de nota wel in het dossier aanwezig was, maar het aanvraagformulier van de arts niet. Voorts is verzoeker medegedeeld dat in het systeem niet stond dat er een brief was verstuurd of dat dit nog moest gebeuren. Blijkbaar was een verkeerde code in het systeem vermeld. Verzoeker is verder verteld dat hij alles opnieuw kon insturen en dat het dan in orde zou komen. Achteraf is evenwel gebleken dat er wederom geen beoordeling door een arts heeft plaatsgevonden, maar slechts een administratieve keuring, dit als gevolg van een verkeerde code. Het gevoel van rechtvaardigheid van verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar geschonden.

4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat door het gebruik van de SnörEx® beugel het aantal ademstops is afgenomen van 56 naar 5 tot 6. Hierdoor is hij energiek, valt hij niet meer spontaan in slaap, en is hij minder prikkelbaar. Daarnaast is de diabetes van verzoeker beter onder controle en hoeft hij in dit verband geen metformine meer te gebruiken. Om het wetenschappelijk bewijs hiertoe rond te krijgen, is waarschijnlijk nog jaren van onderzoek nodig. Verzoeker is echter het levende bewijs dat de SnörEx® beugel werkt. Verzoeker heeft destijds de behandelalternatieven besproken met zijn arts. Een operatie zou een risico inhouden met een klein kans op succes. Een MRA zou bij verzoeker niet werken, vanwege de bouw van zijn kaken en de grootte van zijn tong. Verzoeker benadrukt dat door het gebruik van de SnörEx® beugel kosten worden bespaard voor de ziektekostenverzekeraar, namelijk die voor de CPAP-apparatuur en de metformine.

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. De SnörEx® beugel is een tong repositie apparaat (TRA) en geen mandibulair repositie apparaat (MRA). Op grond van de zorgverzekering bestaat - indien wordt voldaan aan de indicatievoorwaarden - wel aanspraak op een MRA, maar niet op een TRA.

5.2. De commissie heeft in een bindend advies van 31 oktober 2012 bepaald dat het verzoek om vergoeding van de kosten van een SnörEx® beugel moet worden afgewezen, omdat dit hulpmiddel geen verzekerde prestatie vormt aangezien het niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Vanwege het gegeven dat het bindend advies al twee jaar oud is, heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar literatuuronderzoek gedaan naar de SnörEx® beugel in combinatie met OSAS. Zij heeft hierbij geen nieuwe relevante artikelen gevonden, behalve enkele met betrekking tot het reduceren van snurken.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch geen toezegging gedaan dat verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding van de SnörEx® beugel. Verzoeker heeft de SnörEx® beugel dan ook niet aangeschaft op basis van een onterechte (schriftelijke of telefonische) mededeling van de ziektekostenverzekeraar.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de SnörEx® beugel geen verstrekking is en daarom niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Daarnaast gevraagd heeft

de ziektekostenverzekeraar het verschil tussen een MRA en een TRA toegelicht. Een MRA is individueel vervaardigd en wordt aan het gebit bevestigd. Met dit hulpmiddel wordt de kaak in een andere positie gebracht. Een TRA brengt de tong in een andere positie.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 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 verzoeker aanspraak heeft op een SnörEx® beugel, 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] hebben wij 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 Reglement 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 Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.
(...)"*

8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg en diensten waarvoor een medische noodzaak bestaat. Dit artikel luidt:

"U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

- 8.5. De artikelen 1.2 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en, wat betreft het onderhavige hulpmiddel, verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 en 2.9 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 gereuleerde 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.
- 8.8. In artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op tandheelkundige zorg opgenomen. In artikel 11.4 is de behandeling van snurk- en slaapstoornissen (code G71) uitgesloten van vergoeding.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de eerste vraag die ter beantwoording voorligt of de SnörEx® beugel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.4. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 28 oktober 2014 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de SnörEx® beugel uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat het door verzoeker aangevraagde hulpmiddel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Werking privaatrecht

- 9.6. Verzoeker heeft gesteld dat hem op 23 december 2013 door de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat hij de stukken opnieuw kon insturen en dat het dan wel zou goedkomen. Nog daargelaten dat dit telefoongesprek heeft plaatsgevonden nadat verzoeker de SnörEx® beugel had aangeschaft, blijkt uit de weergave die verzoeker hiervan heeft gegeven niet van een ondubbelzinnige en onvoorwaardelijke toezegging. Gelet op de oorspronkelijke aanvraag kon bij verzoeker bekend worden verondersteld dat het versturen van de stukken niet enkel een formaliteit was, maar dat hierop een inhoudelijke beoordeling zou volgen met het daaraan verbonden risico van een afwijzende beslissing.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2015,

mr. H.A.J. Kroon