

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, SnörEx® luchtwegorthese  
Zaaknummer : 2012.00845  
Zittingsdatum : 10 oktober 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 2006, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 (oud), 2.12 (oud), 2.21 (oud) en 2.28 (oud) Rzv)

---

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een in 2006 aangeschafte SnörEx® luchtwegorthese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 december 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 januari 2012 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

3.4. Bij e-mail van 5 juni 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 juli 2012 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 18 juli 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 7 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012087682) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat de toepassing van de SnörEx® bij de behandeling van OSAS voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 11 oktober 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 16 oktober 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 in 2006 op eigen kosten een SnörEx® luchtwegorthese aangeschaft in verband met apneuklachten. Uit slaaponderzoek bleek dat verzoeker veertig apneus per uur heeft, en dat deze met gebruik van de SnörEx® worden teruggebracht tot twee apneus per uur. Zonder de SnörEx® slaapt verzoeker maar drie uur per nacht, hetgeen in het verleden heeft geleid tot een burn-out.
- 4.2. In 2011 heeft verzoeker een MRA-beugel aangemeten gekregen, die hij heeft geprobeerd. De MRA-beugel werkt echter niet; verzoeker wordt hiermee nog steeds wakker van zijn gesnurk.
- 4.3. Verzoeker begrijpt niet waarom een SnörEx® met een prijs van ongeveer € 600,-- niet wordt vergoed, en een MRA-beugel en CPAP-apparatuur met een prijs van € 900,-- respectievelijk € 2.500,-- wel.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de CPAP-apparatuur niet werkt. Dit volgt uit recent door hem aan de commissie gezonden informatie.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De SnörEx® luchtwegorthese valt niet onder één van de in artikel B.17.7 van het Reglement hulpmiddelen genoemde hulpmiddelen. Apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken valt niet onder de zorg als bedoeld in artikel 2.9 van de Regeling zorgverzekering. De SnörEx® is ook geen apparaat dat werking bij OSAS wordt toegeschreven. Om die reden komt het hulpmiddel niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. Daarnaast is het zo dat de rekening dateert van 2006. In artikel A.18.2 onder c van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de nota binnen 36 maanden door de ziektekostenverzekeraar moet zijn ontvangen. Aangezien de nota van de SnörEx® ruim na deze termijn is ontvangen, kan geen vergoeding worden verleend.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

## 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 12 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 12.10 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### *“a. Medische hulpmiddelen*

*U heeft recht op vergoeding van kosten voor aanschaf, vervanging en correctie van medische hulpmiddelen in eigendom en op levering van medische hulpmiddelen in bruikleen volgens de Regeling zorgverzekering. Deze regeling is uitgewerkt in het [naam zorgverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. (...)”*

8.4. De aanspraak op hulpmiddelen is nader uitgewerkt in het [naam zorgverzekeraar] Reglement hulpmiddelen.

8.5. Artikel 12.1 sub c van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg en/of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf worden de inhoud en de omvang van de zorg en/of diensten bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en/of diensten.

8.6. De artikelen 12.1 sub c en 12.10 van de zorgverzekering en het [naam zorgverzekeraar] Reglement hulpmiddelen zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering geba-

seerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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 verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv.
- 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 zorgverzekeraar 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 commissie merkt allereerst op dat de aanschaf van de SnörEx® heeft plaatsgevonden in 2006, zodat de verzekeringsvoorwaarden en de bijbehorende regelgeving van dat jaar als uitgangspunt moeten worden genomen.
- 9.2. Op grond van artikel 2.9, lid 3, sub b Rzv bestaat geen aanspraak op hulpmiddelen, zoals de SnörEx®, indien deze worden toegepast bij snurken.
- 9.3. De SnörEx® wordt niet alleen toegepast bij snurken, maar ook bij apneu. Bij verzoeker is sprake van OSAS. Hiervoor heeft hij in 2006 de SnörEx® aangeschaft. Kernvraag is thans of dit hulpmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. 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 onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.5. 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.

- 9.6. Het CVZ heeft in zijn advies van 7 september 2012 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het onderhavige hulpmiddel uitgevoerd. De conclusie hiervan, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat de SnörEx® bij de indicatie van verzoeker niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is ingevolge de zorgverzekering.
- 9.7. Aangezien de SnörEx® geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, kan de vraag of de nota door verzoeker tijdig bij de zorgverzekeraar is ingediend, onbeantwoord blijven.
- 9.8. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij niet begrijpt dat de SnörEx® niet wordt vergoed, terwijl deze goedkoper is dan de MRA-beugel en de CPAP-apparatuur, die wel voor vergoeding in aanmerking komen. De zorgverzekering biedt echter geen ruimte voor substitutie, in die zin dat kosten worden vergoed van onverzekerde zorg uit de dekking voor zorg die wel in het verzekerde pakket is opgenomen.

### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter