



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Hulpmiddelenzorg, Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) apparaat, obstructief
slaapapneu syndroom (OSAS)
Zaaknummer : 201503132
Zittingsdatum : 21 juli 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, 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 Zorg Zeker Polis (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 AV-Top +Delen 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 een Continuous Positive Airway Pressure (hierna: CPAP) apparaat (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2015 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 27 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft zich op 13 november 2015 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 20 januari 2016, 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 15 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 maart 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 maart 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 maart 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016034280) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten doen. CPAP-apparatuur is een te verzekeren prestatie indien sprake is van een klinisch relevant matig of ernstige obstructieve slaapapneu-syndroom (hierna: OSAS), waarbij conservatieve maatregelen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. De ernst van OSAS is hierbij gedefinieerd op basis van slaperigheid en apneu-hypopneu index (AHI), waarbij de zwaarste optie geldt. Uit de voorliggende informatie is niet duidelijk of de behandelend longarts de diagnose licht OSAS heeft gesteld op basis van enkel de AHI, of dat de mate van slaperigheid hierin ook is betrokken. Nagegaan zou moeten worden welke klachten van slaperigheid overdag verzoeker heeft. Als uit het nader onderzoek blijkt dat verzoeker voldoet aan de criteria voor matige of ernstige slaperigheid overdag in combinatie met de AHI, bestaat aanspraak op CPAP-apparatuur. Het staat thans niet zonder meer vast dat verzoeker wel of niet redelijkerwijs is aangewezen op CPAP-apparatuur. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 april 2016 aan partijen gezonden, waarbij aan de ziektekostenverzekeraar de opdracht is gegeven nader onderzoek te doen.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2016 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Een afschrift hiervan is op 1 juni 2016 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 2 juni 2016 gereageerd op de uitkomst van het door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde nader onderzoek. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.10. Bij brief van 7 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de onder 3.9 genoemde correspondentie gestuurd met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 28 juni 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. In het voorlopig advies is vermeld dat niet zonder meer vast staat dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op CPAP-apparatuur. Nader onderzoek was nodig naar de mate van en situaties waarin verzoeker klachten heeft van overmatige slaperigheid overdag. In de aanvullende informatie heeft de longarts verklaard dat sprake is van lichte OSAS, en dat de uitkomst volgens de Epworth Sleepiness Scale (ESS) 10 is. Met een ESS van 10 zit verzoeker op de grens tussen licht en matig ernstig OSAS. Volgens de eerder verstrekte informatie (brief van de longarts van 13 augustus 2015), was de AHI van verzoeker 10,1/h en werd deze bij gebruik van CPAP-apparatuur teruggebracht naar 0,5/h. Ook was verzoeker bij gebruik hiervan overdag niet meer zo moe. Voor het standpunt van het Zorginstituut (destijds College voor zorgverzekeringen) uit 2009 over behandelingen van het obstructieve-slaapapneusyndroom is een beoordeling gedaan van de (ook op dit moment geldende) CBO richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneusyndroom bij volwassenen' uit 2009. Ten aanzien van de behandeling van patiënten met licht OSAS (AHI < 15, ESS < 10) is een van de aanbevelingen in deze richtlijn dat "*een individueel vervaardigd MRA kan worden overwogen als primaire interventie*". Over CPAP-apparatuur luidt de aanbeveling dat behandeling met CPAP-apparatuur bij deze patiëntengroep "*slechts bij uitzondering is aangewezen*". In het standpunt uit 2009 is niet specifiek ingegaan op deze uitzondering. De conclusie in het standpunt is dat CPAP-apparatuur een te verzekeren prestatie is als sprake is van een klinisch relevant matig of ernstig OSAS en dat MRA een te verzekeren prestatie is bij lichte tot matige OSAS. In de achtergrondinformatie in het standpunt is, in tabel 3 (p. 19) aangegeven dat er geen studies waren van goede kwaliteit waarbij CPAP-therapie werd vergeleken met onder andere schijn-CPAP of conservatieve behandeling bij patiënten met een AHI van 5 tot 15. Ook is 'nee' ingevuld in de kolom onder 'te verzekeren zorg'.

Daarentegen zijn in tabel 4 in het standpunt (p. 20) resultaten weergegeven van een meta-analyse waarbij MRA en CPAP-therapie werden vergeleken, waaruit blijkt dat bij lichte tot matige vormen van OSAS de effectiviteit van MRA en CPAP-therapie vergelijkbaar is.

Deze achtergrondinformatie in het standpunt, in combinatie met de aanbeveling uit de richtlijn volgens welke CPAP-therapie bij uitzondering kan zijn aangewezen bij patienten met lichte OSAS, maakt dat een aanspraak op CPAP-apparatuur bij lichte OSAS niet geheel is uitgesloten. Een verzekerde met lichte OSAS (c.q. op de grens tussen lichte en matig ernstig OSAS) kan redelijkerwijs zijn aangewezen op CPAP-apparatuur, als gebleken is dat hij niet uitkomt met een MRA, en als blijkt dat CPAP-therapie een duidelijk positief effect heeft op de symptomen en klachten van de verzekerde. Uit de voorliggende informatie is op te maken dat dit bij verzoeker ook het geval is: hij komt niet uit met een MRA, terwijl gebruik van CPAP-apparatuur een duidelijke verbetering geeft van zowel de AHI als van de bij OSAS behorende klachten. Gelet op het voorgaande is het Zorginstituut van mening dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op CPAP-apparatuur. Het Zorginstituut adviseert de commissie het verzoek toe te wijzen.

Een afschrift van het definitief advies is op 29 juni 2016 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juli 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend longarts heeft over verzoeker het volgende verklaard: *"Op 30-09-2014 zag ik [verzoeker] op de Polikliniek Longziekten. Reden van verwijzing: Obstructief slaap apneu syndroom. (...) Anamnese: Snurkt al jaren. Partner heeft last van de herrie. Is de laatste tijd ook erg vermoeid. (...) Patiënt snurkt luid. 's Ochtends wordt patiënt niet uitgerust wakker. Overdag overmatig slaperig. Heeft concentratiestoornissen. (...) Bespreking: Bij deze 32 jarige man is sprake van een licht obstructief slaapapnoe/hypopnoesyndroom (...) Conclusie: Licht OSA/HS, AHI 10.1/uur; mogelijk MRA."*
- 4.2. Bij verzoeker is in 2014 de diagnose OSAS gesteld. Overigens is dit geschied na twee slaaponderzoeken waarbij verzoeker nauwelijks heeft geslapen. De betrouwbaarheid van de metingen kan derhalve ter discussie worden gesteld. Uit de onderzoeken bleek een AHI van 10 per uur en dit valt in de categorie licht OSAS. Verzoeker heeft hiervoor een MRA-beugel aangemeten gekregen. Deze beugel had niet het gewenste effect. Klachten van hoofdpijn, concentratieproblemen en vermoeidheid waren nog steeds behoorlijk aanwezig. Verzoeker heeft dit kenbaar gemaakt bij de behandelend longarts en deze stelde voor een CPAP-apparaat te proberen. Dit apparaat heeft voor verzoeker een zeer goed resultaat. Verzoeker voelt zich beter, omdat hij nauwelijks nog hoofdpijn heeft en uitgerust wakker wordt. Na de succesvolle proefperiode en nog een slaaponderzoek is besloten door te gaan met de behandeling met het CPAP-apparaat.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar weigert het CPAP-apparaat te vergoeden. Op 15 juli 2015 ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat dr. Dolsma, KNO-arts, een aanvraag voor vergoeding van het apparaat had gedaan en dat deze is afgewezen omdat de indicatie niet voldoet aan de voorwaarden. Verzoeker merkt ter zake op dat twee fouten zijn gemaakt. Ten eerste is dr. Dolsma niet zijn behandelend arts, en ten tweede is dr. Dolsma geen KNO-arts, maar longarts. Verzoeker acht het waarschijnlijk dat deze arts niet op de hoogte was van zijn klachten, waardoor in de aanvraag niet (duidelijk) is vermeld welke klachten hij heeft. Nadat verzoeker contact had opgenomen met zijn behandelend arts, dr. Van Dooren, heeft deze een verzoek om heroverweging ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De achtergrond hiervan was dat verzoeker zeer goede resultaten behaalde met het CPAP-apparaat en dat de klachten die hij voorheen had, waren verdwenen.

- 4.4. De behandelend longarts heeft over verzoeker het volgende verklaard: *“Op 26-05-2015 zag ik [verzoeker]. Reden van controle: OSAS. Voorgeschiedenis: 2014 Licht OSA/HS, AHI 10.0/uur; MRA niet effectief; nCPAP 8 cm H2O. Anamnese: Komt voor uitslag PG met nCPAP. Is al goed gewend aan de nCPAP, wil niet meer zonder. Is overdag niet meer zo moe. Inhalatiemedicatie: Nasonex. (...) Conclusie: Goed resultaat van nCPAP. Beleid: Controle 1 jaar. Verzoek aan [ziektekostenverzekeraar]: [Verzoeker] heeft veel baat bij de therapie, heeft eerder een MRA gebruikt, die onvoldoende effectief bleek. Het verzoek is of de vergoeding van de therapie toch kan worden heroverwogen, aangezien hij veel klachten had voor de behandeling en nu weer goed kan functioneren.”*
- 4.5. Lang na het verstrijken van de doorlooptermijn ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat het CPAP-apparaat niet wordt vergoed, omdat uit de eerste aanvraag (van dr. Dolsma) niet blijkt dat hij klachten heeft zoals overmatige slaperigheid die niet anders kunnen worden verklaard dan door OSAS. Hierdoor wordt de bij verzoeker gestelde diagnose OSAS als 'matig' aangemerkt. Verzoeker kan zich hierin niet vinden. De ziektekostenverzekeraar spreekt zichzelf tegen in de omschrijving van matig en ernstig OSAS. Verzoeker kampt met alle klachten die de ziektekostenverzekeraar vermeldt in de omschrijving van matig of ernstig OSAS, én heeft een succesvolle periode gehad met het CPAP-apparaat. Dit wordt bevestigd door de behandelend longarts. Verzoeker wijst nadrukkelijk op de verklaring van dr. Van Dooren waarin is vermeld dat verzoeker last heeft van overmatige slaperigheid overdag. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, wordt dus wel aan deze eis voldaan, en kan worden aangenomen dat het niet vermelden hiervan in de aanvraag een fout betreft. Zodoende is sprake van matig OSAS en heeft verzoeker aanspraak op een CPAP-apparaat.
- De ziektekostenverzekeraar gaat op de stoel van de arts zitten door te bepalen dat verzoeker geen matig OSAS heeft. Verzoeker heeft de indruk dat de ziektekostenverzekeraar probeert onder de vergoeding uit te komen. Hij benadrukt dat OSAS een serieuze aandoening is die ernstige gevolgen kan hebben voor de gezondheid. Dat de ziektekostenverzekeraar blijft vasthouden aan de (onjuiste) eerste aanvraag is onbegrijpelijk. Verzoeker stelt niet de dupe te mogen worden van de gang van zaken. Inmiddels heeft hij het CPAP-apparaat moeten inleveren. Verzoeker is gedwongen voor eigen rekening een CPAP-apparaat aan te schaffen. Zijn gezondheid wordt op het spel gezet en er wordt een beroep gedaan op zijn financiën.
- 4.6. Met betrekking tot het door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde nader onderzoek merkt verzoeker het volgende op.
- Allereerst is het frappant dat na de opdracht tot nader onderzoek, verzoeker is verzocht om aanvullende informatie. Er was immers volgens de ziektekostenverzekeraar al uitgebreid onderzoek gedaan naar de klachten van verzoeker.
- De ingevulde Epworth Slaperigheid-Schaal is verouderd. Verzoeker heeft deze ingevuld bij de KNO-arts voordat hij de MRA-beugel kreeg, derhalve ruim voordat de CPAP-apparatuur werd voorgeschreven. Er staat ook een andere arts op dit formulier vermeld dan de huidige behandelend arts van verzoeker. De klachten van verzoeker zijn intussen verergerd. Een MRA-beugel is ook niet effectief. Overigens is het vreemd dat het formulier niet is gedateerd. Verzoeker meent dat voor de juistheid en volledigheid de Epworth Slaperigheid-Schaal opnieuw zou moeten worden ingevuld, gebaseerd op de huidige klachten.
- 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. In artikel 20 van de zorgverzekering is de aanspraak op (vergoeding van) hulpmiddelen geregeld. De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen 2015. De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

De aanspraak op zorg, zoals omschreven in de polis, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (rubriek A, artikel 1.4 van de zorgverzekering).

- 5.2. Op grond van een standpunt van het Zorginstituut (voorheen het College voor zorgverzekeringen) wordt een apneubehandeling door middel van een CPAP-apparaat, wanneer sprake is van licht OSAS (AHI = < 15), niet als doelmatig beschouwd. Bij matig (AHI = 15 - 30) of ernstig (AHI = > 30) OSAS is het gebruik van een CPAP-apparaat wel te beschouwen als verantwoorde en adequate zorg. Matig of ernstig OSAS is aan de orde indien sprake is van:

- overmatige slaperigheid overdag, die niet kan worden verklaard door iets anders en meer dan vijf respiratoire obstructieve events per uur per nachtelijke slaap;
óf wanneer sprake is van twee of meer van de onderstaande klachten die niet worden verklaard door iets anders:

- stokkende ademhaling;
 - herhaald wakker schrikken;
 - niet verfrissende slaap;
 - vermoeidheid overdag;
 - concentratieverlies en meer dan vijf respiratoire obstructieve events per uur per nachtelijke slaap.
- Slaperigheid wordt blijkens voormeld standpunt van het Zorginstituut alsook de toepasselijke CBO-richtlijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

"Slaperigheid: in slaap vallen in situaties waarbij vereist is:

- weinig aandacht (zoals tv kijken): licht*
- nodige aandacht (zoals vergaderen): matig*
- grote aandacht (zoals autorijden): ernstig."*

Daarbij moet er altijd sprake zijn van een succesvolle proefperiode.

- 5.3. Op 12 juni 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar van de behandelend longarts, dr. Dolsma (in de primaire beslissing staat overigens vermeld dat hij KNO-arts is), een aanvraag voor vergoeding van een CPAP-apparaat. Uit deze aanvraag blijkt dat de indicatie van verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden. Hij heeft licht OSAS, de AHI is 10 per uur, en niet is gebleken dat sprake is van overmatige slaperigheid overdag die niet anders kan worden verklaard. De ziektekostenverzekeraar heeft zodoende vergoeding afgewezen. Verzoeker is op 15 juli 2015 van deze beslissing op de hoogte gebracht.

Het is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat sprake is van een fout in de aanvraag, zoals gesteld door verzoeker. Deze stelling is door verzoeker overigens ook niet verder onderbouwd. Verzoeker verwijst naar hetgeen zijn longarts heeft verklaard. In de betreffende brief staat inderdaad "overdag overmatig slaperig", maar dit zegt nog niets over de mate van slaperigheid, hetgeen in het onderhavige geval relevant is.

Op 17 augustus 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar een brief van de behandelend longarts, dr. Van Dooren, waarin deze verzocht de afwijzende beslissing te heroverwegen. De arts stelt dat verzoeker veel baat heeft bij het gebruik van een CPAP-apparaat, nadat het gebruik van een MRA onvoldoende effectief bleek. Deze brief van de arts bevatte geen nieuwe medische informatie. Bij verzoeker is geen sprake van matig of ernstig OSAS, maar van licht OSAS. Dit heeft de behandelend arts specifiek verklaard.

Aangezien de behandelend longarts de diagnose licht OSAS heeft gesteld, houdt dit automatisch in dat de arts niet van oordeel is geweest dat bij verzoeker sprake is van matige of ernstige slaperigheid. Immers, als dat het geval zou zijn geweest, zou de diagnose niet licht OSAS zijn, maar matig of ernstig OSAS.

Voorts wenst de ziektekostenverzekeraar op te merken dat het hem niet is toegestaan meer te vergoeden dan is opgenomen in de zorgverzekering.

Verzoeker heeft geen aanspraak op een CPAP-apparaat.

-  5.4. In het geval van verzoeker heeft de behandeling van het verzoek om heroverweging vertraging opgelopen. De normale doorlooptermijn is overschreden, en hiervoor zijn door de ziektekostenverzekeraar excuses aangeboden aan verzoeker.
-  5.5. In de heroverweging is vermeld dat sprake is van matig of ernstig OSAS indien is voldaan aan enkele voorwaarden. Deze tekst is niet correct. Er had moeten staan dat indien is voldaan aan de voorwaarden, er sprake is van OSAS. Het voldoen aan de voorwaarden zegt echter nog niets over de mate van OSAS. De ernst van OSAS wordt namelijk bepaald op basis van de AHI index én de slaperigheid. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar het standpunt van het toenmalige College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut, van 23 februari 2009 *'Meeste behandelingen van obstructieve-slaapapneu-syndroom zijn een verzekerde prestatie'* (pagina 4). Bij de aanvraag die namens verzoeker is gedaan voor de proefplaatsing van een CPAP-apparaat is door de arts verklaard dat sprake is van een AHI van 10. Blijkens diezelfde aanvraag is dit vastgesteld door middel van een polygrafie/screening op 15 januari 2015. In de aanvraag is niet vermeld dat sprake is van overmatige slaperigheid overdag die anders kan worden verklaard. Gelet op het voorgaande, dient voor de bepaling van de ernst van OSAS dus te worden gekeken naar de AHI waarde. Omdat die waarde 10 is, is bij verzoeker sprake van licht OSAS. De ziektekostenverzekeraar treedt niet in het oordeel van de behandelend arts. Als verzoeker zich niet kan vinden in de door de arts gestelde diagnose, is het aan hem als patiënt om dit te bespreken met de arts.
-  De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar op de stoel van de arts gaat zitten wekt bevreemding. Immers, als de ziektekostenverzekeraar aan het verzoek tegemoet zou komen, zou hij juist op de stoel van de arts gaan zitten. Verzoeker vraagt feitelijk om de door de arts gestelde diagnose te wijzigen in een voor hem, wat de vergoeding betreft, gunstiger diagnose.
-  Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar in reactie op voornoemde aanvraag medegedeeld dat geen machtiging/toestemming nodig is voor een proefplaatsing van een CPAP-apparaat. Dit houdt echter niet in dat het CPAP-apparaat daarmee meteen geïndiceerd is.
-  5.6. Na het verzoek van de commissie om nader onderzoek te verrichten, is met toestemming van verzoeker informatie opgevraagd bij de behandelend arts. Deze informatie is ontvangen en beoordeeld door de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar. De adviserend geneeskundige komt tot dezelfde conclusie als de behandelend arts, namelijk dat bij verzoeker sprake is van licht OSAS. Op grond van de indicatie licht OSAS kan geen vergoeding van CPAP-apparatuur plaatsvinden ten laste van de zorgverzekering.
-  5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut het volgende verklaard.
-  Tot nu toe is steeds het standpunt van het toenmalige College voor zorgverzekeringen uit 2009 gevolgd, te weten dat bij de diagnose licht OSAS in het geheel geen aanspraak bestaat op CPAP-apparatuur. Uit het definitieve advies van het Zorginstituut is op te maken dat bij de diagnose licht OSAS in bepaalde specifieke gevallen toch vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk is én dat zulks in het geval van verzoeker aan de orde is. Op deze uitzondering was het College voor zorgverzekeringen/Zorginstituut nog niet ingegaan. De ziektekostenverzekeraar zal het definitieve advies van het Zorginstituut volgen en de aanvraag van verzoeker voor CPAP-apparatuur alsnog honoreren. De ziektekostenverzekeraar betreurt het ten eerste dat verzoeker dit bericht zo laat krijgt. Graag had hij gezien dat dit eerder was gebeurd, echter zoals reeds toegelicht, is de ziektekostenverzekeraar er op basis van het standpunt uit 2009 steeds vanuit gegaan dat bij licht OSAS geen vergoeding mogelijk was van CPAP-apparatuur, en dat een vergoeding ten laste van de zorgverzekering dan ook niet was toegestaan.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 
- 6.1. Gelet op artikel 37 van 'Rubriek D' van de zorgverzekering en 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Beoordeling van het geschil

- 
- 8.1. De ziektekostenverzekeraar heeft - naar aanleiding van het definitieve advies van het Zorginstituut - verklaard de aanvraag van verzoeker voor een CPAP-apparaat alsnog te honoreren. Hiermede hebben partijen overeenstemming bereikt en resteert geen geschilpunt meer.

- 
- 8.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure is overgegaan tot honorering van de aanvraag van verzoeker, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker vergoedt.

9. Het bindend advies

- 
- 9.1. De commissie stelt vast dat partijen overeenstemming hebben bereikt in die zin dat verzoeker aanspraak heeft op een CPAP-apparaat ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 21 juli 2016,



A.I.M. van Mierlo

