

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, CPAP
Zaaknummer	: 2008.00997
Zittingsdatum	: 19 november 2008

Zaak: 2008.00997 (Hulpmiddelenzorg, CPAP)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.28 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de aanvraag voor continuous positive airway pressure (CPAP)-apparatuur af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was ten behoeve van verzoekster een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. De behandelend longarts verklaart dat het klachtenpatroon van verzoekster zeer wel past bij de diagnose obstructief slaapapneusyndroom. Slaapendoscopie onder Propofol-sedatie, uitgevoerd door de KNO-arts, toonde een obstructie van 95 tot 100% op de bovenste luchtwegen. Polygrafie toont echter een apneuhypopnea-index van 5. Desondanks denkt de longarts dat de diagnose obstructief slaap-apneu syndroom (OSAS) zeker is, mede gezien het feit dat proefplaatsing met CPAP het klachtenpatroon van verzoekster uitstekend heeft verbeterd. Verder geeft het titratierapport aan dat de autoCPAP is vervangen door een CPAP (type Somnotron 4) met een drukinstelling van 7,5 cm H₂O.
- 3.3. De zorgverzekeraar is verzocht CPAP-apparatuur aan verzoekster te verstrekken. Dit verzoek is door de zorgverzekeraar afgewezen. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Verzoekster heeft op 4 maart 2008 een APAP aangeschaft. Bij aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gerichte brief van 11 april 2008 heeft verzoekster verzocht de kosten die zij heeft gemaakt voor de aanschaf van de APAP, te weten een bedrag van € 1.258,00, door de zorgverzekeraar te laten vergoeden. De

Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 27 juli 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is CPAP of APAP-apparatuur te verstrekken, dan wel te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 september 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Bij brief van 16 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat verzoekster niet voldoet aan alle in de Regeling zorgverzekering genoemde indicatievoorwaarden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2008 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de zitting heeft deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 januari 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting, alsmede van de tijdens de hoorzitting ontvangen documenten, gezonden met het verzoek mede te delen of zulks aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie meegedeeld dat een en ander geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat haar klachten duiden op OSAS. Een polysomnografisch onderzoek wees uit dat niet aan de voorwaarden werd voldaan, maar tijdens een ander onderzoek onder narcose is wel een afsluiting van 95 tot 100% vastgesteld. Verder verklaart verzoekster dat haar overgewicht niet van dien aard is dat dit veel invloed heeft op de apneu en dat zij ook in zijligging apneu heeft. Voorts verklaart verzoekster nooit gerookt te hebben, weinig tot geen alcohol te nuttigen, twee tot drie keer per week te sporten en veel te fietsen.
- 4.2. Verzoekster verklaart dat de proefaanpassing succesvol is geweest en dat zij veel baat heeft bij de inmiddels door haar aangeschafte APAP. Zij stelt dat voor haar geen alternatief bestaat voor de door de KNO-arts en longarts voorgeschreven CPAP-apparatuur. De kwaliteit van leven en werken gaat met het gebruik van de CPAP-

apparatuur wezenlijk vooruit. De kosten van een CPAP of APAP wegen volgens verzoekster niet op tegen alle kosten en leed, indien in de medische molen terecht wordt gekomen met allerlei klachten.

- 4.3. Verder stelt verzoekster dat de voorwaarden voor verstrekking of vergoeding van CPAP-apparatuur onvoldoende inzichtelijk of leesbaar zijn in de Regeling zorgverzekering.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat met behulp van het door haar aangeschafte apparaat ook metingen kunnen worden gedaan. Volgens verzoekster blijkt uit de uitslagen dat er 5,5 apneu's per nacht zijn, met afsluitingen van 303 seconden.
- 4.5. Verzoekster heeft ter zitting de CPAP-registratie overgelegd. De zorgverzekeraar heeft ingestemd met de inbreng van deze stukken en is in de gelegenheid gesteld om – na toezending van de stukken – hierop te reageren.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, verzoekster geen indicatie heeft voor CPAP-apparatuur, omdat in haar situatie geen sprake is van de zorginhoudelijke criteria zoals bepaald in bijlage 3, onderdeel 11 bij artikel 2.28 van de Regeling zorgverzekering (verder: Rzv)
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 15 december 2008 op de tijdens de hoorzitting door verzoekster overgelegde stukken gereageerd. De zorgverzekeraar stelt dat de CPAP-registratie geen aanleiding vormt het eerder ingenomen standpunt te herzien.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek van verzoekster dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de onderhavige aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op CPAP-apparatuur of APAP-apparatuur ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 7.2. De zorgverzekering betreft een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. Laatstgenoemd artikel verwijst naar de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen 2007 van de zorgverzeke-

raar.

Voor zover hier van belang is in de Rzv het volgende geregeld:

“Artikel 2.28

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel z, omvatten hulpmiddelen met toebehoren voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 11, van deze regeling.”

“Bijlage 3

(...)

11. CPAP-apparatuur Een indicatie voor continuous positive airway pressure (CPAP)-apparatuur is aanwezig, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. er is sprake van een klinisch relevant obstructief slaap-apneu syndroom. Dit is het geval als sprake is van hinderlijke klachten overdag die potentieel toe te schrijven zijn aan het obstructief slaap-apneu syndroom (OSAS). Voorbeelden hiervan zijn vergrote slaperigheid en moeheid overdag, concentratiestoornissen, stemmingsstoornissen en verhoogde prikkelbaarheid. Bovendien moet de diagnose OSAS bij polysomnografisch onderzoek zijn bevestigd. Dit is het geval als er sprake is van een apneu-hypopneu index groter of gelijk aan 15, of een apneu-index groter dan 10, of een respiratoire arousal index groter dan 10. Bij hoge pretest waarschijnlijkheid op OSAS is polygrafie voldoende. De polygrafie dient dan minimaal te bestaan uit meting van het ademhalingspatroon, zuurstofsaturatie, snurkgeluid en slaaphouding;*
- b. er is een indicatie voor CPAP-apparatuur met verlaagde expiratedruk indien er sprake is van OSAS en voor de behandeling van de verzekerde CPAP met een druk van meer dan 15 cm H2O noodzakelijk is, maar door de verzekerde niet goed wordt verdragen;*
- c. conservatieve maatregelen zijn of worden nagestreefd. Het gaat hierbij met name om gewichtsreductie, neusdoorgankelijkheid-verbeterende maatregelen en verbetering van de slaaphygiëne (onder meer het vermijden van het gebruik van tabak of alcohol voor de nachtslaap en het vermijden van slapen in rugligging);*
- d. er moet sprake zijn van een succesvolle proefaanpassing. Dat wil zeggen dat een afdoende verbetering van de polysomnografische en klinische afwijkingen tijdens CPAP-behandelingen is geconstateerd en dat sprake is van acceptatie van de CPAP-behandeling door de patiënt.”*

In het Reglement hulpmiddelen 2007 is onder meer nadere geregeld of voor de aanspraak op hulpmiddelen een machtiging en/of verwijzing nodig is en of het hulpmiddel in buikleen of eigendom wordt verstrekt.

- 7.3. De zorgverzekering is, onder meer blijktend uit artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) en de Rzv. Verder volgt uit artikel 1 lid d Zvw – samengevat – dat een zorgverzekering niet ‘meer of minder’ mag bieden dan bij of krachtens de Zvw is bepaald.
- 7.4. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling zoals hiervoor aangehaald strookt met het bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 en 2.28 Rzv.
- 7.5. In de procedure is gebleken dat bij verzoekster sprake is van een apneu index van 3 per uur en een apneu/hypopneu index van 5 per uur. Tijdens de proefaanpassing is gebleken van een benodigde drukinstelling van de CPAP-apparatuur van 7,5 cm H2O. Gezien het voorgaande wordt in de situatie van verzoekster niet voldaan aan de zorg-

inhoudelijke criteria zoals vermeld in bijlage 3 onderdeel 11 Rzv. Aldus kan verzoekster geen aanspraak maken op verstrekking of vergoeding van CPAP-apparatuur ten laste van de zorgverzekering.

- 7.6. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat de kosten van een CPAP of APAP niet opwegen tegen alle kosten en leed, indien zij met allerlei klachten in de medische molen terechtkomt. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
Een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel en alleen worden toegewezen als de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is. Dit laatste betekent dat noch bij de beslissing op het verzoek door de zorgverzekeraar, noch bij de beoordeling in geschil van die beslissing enige ruimte is voor de vraag of de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2009,

Voorzitter