

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, mandibulaire repositieapparatuur (MRA), ASA ®
Zaaknummer : ANO07.072
Zittingsdatum : 21 maart 2007

Zaak: ANO07.072, hulpmiddelen, mandibulaire repositieapparatuur (MRA), ASA ®

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6, 2.12 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 22 november 2006 inzake het niet vergoeden van de onderhavige mandibulaire repositieapparatuur (MRA), de ASA ®.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering) en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 22 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de door hem gevraagde MRA - de ASA ® – niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 7 december 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de gevraagde MRA - de ASA® – te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 10 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 24 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 31 januari 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 9 maart, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 21 maart 2007 in persoon gehoord, waarbij partijen in de gelegenheid zijn gesteld op het advies van het College voor zorgverzekeringen te reageren. Verzoeker kan zich gezien zijn aandoening en het gebrek aan behandelalternatieven niet vinden in het advies. De zorgverzekeraar is het eens met het advies.
- 3.11. Bij brief van 23 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 13 april 2007 meegedeeld dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn eerder uitgebrachte advies te herzien.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 56-jarige man die blijkens de brief van zijn neuroloog van 23 juni 2005 het obstructief slaap-apneu-syndroom heeft, met frequent optredende periodic leg movements. Na een initiële behandeling met een CPAP-apparaat gedurende drie jaar, hetgeen blijkens de brief van zijn longarts van 14 juni 2000 geen succes is geweest, is bij verzoeker een MRA aangemeten. Het gebruik van deze MRA, in combinatie met medicatie tegen de periodic leg movements, leidt tot een goed herstel van het obstructief slaap-apneu-syndroom. Verzoeker slaapt sindsdien 's nachts weer goed en is overdag niet slaperig.
- 4.2. Verzoeker stelt voor zijn ziekte twee MRA's nodig te hebben om 100% te kunnen functioneren, waarvan er één als reserve appliance is bedoeld. Het is voor hem onbegrijpelijk dat het onderhavige hulpmiddel niet tot de verzekerde prestaties behoort, nu zijn vorige ziektekostenverzekeraar de MRA vergoedde ter vervanging van de CPAP-apparatuur. Hij ziet zich onder deze omstandigheden genooddacht de kostbare, en voor zijn aandoening niet goed werkende, CPAP-apparatuur te bestellen.
- 4.3. Tot slot is verzoeker het niet eens met de wijze waarop de afwijzing tot stand is gekomen. Hij heeft in april 2006 nieuwe MRA's laten vervaardigen bij zijn vertrouwde leverancier voor een bedrag van € 146,30. Deze rekening heeft hij ingediend bij de zorgverzekeraar, die hem daarop in een brief van 29 augustus 2006 mededeelde dat de betreffende leverancier niet door de zorgverzekeraar erkend is en dat daarom de kosten niet vergoed kunnen worden. Verzoeker is hierop naar een wél door de zorgverzekeraar erkende leverancier gegaan om aldaar de MRA's aan te schaffen, voor een bedrag van € 694,00. De door verzoeker ingediende rekening is door de zorgverzekeraar hierop afgewezen omdat de MRA als hulpmiddel niet in de Regeling zorgverzekering is opgenomen. Verzoeker voelt zich hierdoor benadeeld en is van mening dat de zorgverzekeraar de rekening van € 694,00 dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat de MRA, tegen de achtergrond van de voorwaarden van de zorgverzekering en gezien hetgeen het College voor zorgverzekeringen daarover heeft aangegeven (*“een MRA wordt niet genoemd in de Regeling Hulpmiddelen 1996, en kan daarom niet uit hoofde van deze regeling worden verstrekt ”*) niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt expliciet dat de MRA niet valt onder de in de Regeling zorgverzekering limitatief opgesomde hulpmiddelen. Voorts is volgens hem de effectiviteit van de MRA bij ernstige obstructieve slaapapneu niet aangetoond. De zorgverzekeraar geeft impliciet aan dat de MRA evenmin onder de mondzorg voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.3. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat bij hem met de eerste afwijzing van 29 augustus 2007 de indruk is gewekt dat de MRA wél vergoed zou worden indien deze bij een erkende leverancier zou zijn aangeschaft, merkt de zorgverzekeraar op dat de gecontracteerde zorgverlener (leverancier) kennis heeft van de verstrekkingen zoals deze door hem geleverd mogen worden. Indien er geen sprake is van een verstrekking dient de zorgverlener de verzekerde hieromtrent voor te lichten. Nu blijkt dat verzoeker op 22 november 2006 opnieuw een aanvraag heeft ingediend bij de zorgverzekeraar voor een MRA, is daarmee voor hem gegeven dat verzoeker weldegelijk op de hoogte was van het feit dat hij geen aanspraak heeft op een MRA ten laste van de zorgverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een ‘zorgverzekering’ in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor hulpmiddelen staat vermeld in de artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekeringen en in het reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Artikel 22 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op hulpmiddelen in het algemeen bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

"U heeft aanspraak op:

*- verstrekking van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom of in bruikleen;
hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;*

(...)

overeenkomstig het reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

(...)"

Het reglement Hulpmiddelen bevat de volgende relevante bepalingen:

"Algemene bepalingen:

Dit Reglement vormt een nadere uitwerking van de Regeling Zorgverzekering paragraaf 1.4 Hulpmiddelenzorg.

- 7.3. De regeling van artikel 22 van de zorgverzekering en het reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om hulpmiddelen, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.36 van de Rzv.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie meent dat, nu uit het dossier blijkt dat het behoud van een tandheelkundige functie hier niet aan de orde is, de beoordeling van de onderhavige MRA tegen de achtergrond van de bepalingen over mondzorg achterwege kan blijven.
- 7.7. De door verzoeker aangeschafte MRA – de ASA® - wordt als zodanig niet genoemd in het reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar of de Rzv.
De vraag komt vervolgens op of het hulpmiddel wellicht kan worden gerekend tot één van de wél genoemde categorieën van hulpmiddelen. Met betrekking daartoe merkt de commissie op dat in dit verband met name zou kunnen worden gedacht aan een orthese als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 onder e van de Rzv en nader uitgewerkt in artikel 2.12 lid 1 onder b en c van de Rzv.
Naar het oordeel van de commissie is, op basis van ingewonnen medisch advies, de ASA® een rigide monoblok dat de onderkaak in een ongebruikelijke positie fixeert – de onderkaak wordt enigszins naar voren getrokken, waardoor achter in de mondholte andere spierspanningen optreden. De MRA oefent daarmee zijn werking uit op een gewricht dat in functionele zin geen afwijking vertoont en kan om die reden niet als orthese als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 onder e worden gekwalificeerd.
- 7.8. De vraag is tot slot of het niet vergoeden van de MRA ASA® naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid zoals bedoeld in artikel 6:248, tweede lid van het Burgerlijk Wetboek, onaanvaardbaar is. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 29 augustus

2006 blijkt ten aanzien van de reden van afwijzing het volgende:

“Zorgverlener niet erkend

In onze polisvoorwaarden is bepaald dat wij alleen kosten vergoeden van door onze maatschappij erkende zorgverleners. Uw zorgverlener is helaas niet door ons erkend. Daarom vergoeden wij deze kosten niet. Uw nota(s) ontvangt u hierbij terug.

Informatie

Mijn collega's van de afdeling klantenservice kunnen u informatie geven over personen en instellingen die wel door ons zijn erkend.”

- 7.9. De commissie is op basis van de hiervoor aangehaalde brief, waarmee de aanvraag voor de MRA in eerste instantie is afgewezen, van oordeel dat verzoeker mocht begrijpen dat deze afwijzing te wijten was aan het geen gebruik maken van een door de zorgverzekeraar erkende zorgverlener. Dat de MRA geen hulpmiddel in de zin van de Rzv is, en dat dit (mede) aan de beslissing ten grondslag lag, heeft verzoeker in redelijkheid uit deze brief niet kunnen opmaken.
- 7.10. Nu verzoeker zich, naar aanleiding van deze brief, vervolgens tot een door de zorgverzekeraar erkende hulpverlener heeft gewend, mocht hij erop vertrouwen dat de bij deze hulpverlener aangeschafte MRA zou worden vergoed. Van belang is in dit verband nog dat hij in het verleden de kosten van MRA's van zijn toenmalige zorgverzekeraar vergoed heeft gekregen.
- 7.11. Met betrekking tot de reserve-MRA wenst de commissie het volgende op te merken. Uit nader onderzoek is gebleken dat de vervanging van de MRA binnen drie uur kan plaatsvinden. In dit gegeven ziet de commissie reden de gevraagde vergoeding van een reserve MRA af te wijzen.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen. Hierbij zij opgemerkt dat, nu de zorgverzekeraar voor de MRA beschikt over een erkende leverancier, de kosten van één exemplaar voor vergoeding in aanmerking komt. De kosten van de reserve MRA behoeven daarentegen niet te worden vergoed.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe met in acht neming van hetgeen onder 7.12 is aangegeven.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 14 mei 2007,

Voorzitter