



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, vergoeding SnörEx® beugel, obstructief slaapapneusyndroom (OSAS)
Zaaknummer : 201602395
Zittingsdatum : 5 juli 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.9 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Classic Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een SnörEx® beugel, ten bedrage van € 895,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoekster heeft zich op 22 oktober 2016 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 9 november 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.5. Bij brief van 6 februari 2017 heeft verzoekster 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).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 april 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Tevens heeft verzoekster verklaard zich ter zitting te laten bijstaan door een deskundige. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 21 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 24 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017013443) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten doen naar relevant gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek, aangezien niet is gebleken dat dit onderzoek eerder door de ziektekostenverzekeraar is verricht. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 25 april 2017 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie binnen een termijn van twee weken over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 mei 2017 zijn bevindingen aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 16 mei 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoekster, bijgestaan door een deskundige, is op 5 juli 2017 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 en in te gaan op het door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde nader onderzoek.
- 3.11. Bij brief van 20 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 21 augustus 2017 de commissie bij wege van definitief 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 SnörEx® beugel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van dit advies is op 22 augustus 2017 aan partijen gezonden en zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 13 september 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster lijdt aan het obstructief slaapapneusyndroom (hierna: OSAS). Zij is hiervoor vanaf maart 2014 behandeld door vier medisch specialisten in het ziekenhuis De Gelderse Vallei, te weten drie KNO-artsen en één neuroloog. Verzoekster heeft drie slaaponderzoeken ondergaan: tweemaal thuis een Poli Sondo Grafie (PSG) en één onderzoek onder narcose in het ziekenhuis. De onderzoeken thuis waren oncomfortabel; van een goede nachtrust was geen sprake. De verkregen data aangaande de obstructie van de keel zijn volgens de gezinsleden van verzoekster dan ook niet representatief. Volgens hen is de werkelijke apneu intenser dan het PSG-onderzoek uitwijst. Verzoekster had veel last van slaaponderbrekingen, overmatige vermoeidheid en volgens de medisch specialisten had zij een verhoogde kans op een cardiovasculaire ziekte. Er zijn door hen drie mogelijke oplossingen voor de apneu en de snurkproblemen aangedragen, te weten (i) een operatie, (ii) CPAP-apparatuur, en (iii) een anti-snurkvoorziening in de vorm van een MRA-beugel. Een operatie wordt vanwege de risico's door de artsen afgeraden. Om reden van persoonlijke weerstand heeft verzoekster de optie van CPAP-apparatuur afgewezen. In een gesprek met de KNO-arts heeft verzoekster als alternatief voor een MRA-beugel de SnörEx® beugel aangedragen. De arts kon hierin niet meegaan, vanwege onbekendheid met het hulpmiddel.

De MRA-beugel was wel bekend en daarop werd dan ook sterk aangedrongen. Er is, na diverse slaaponderzoeken, een MRA-beugel bij verzoekster aangemeten. Deze is destijds ook vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het gebruik van de MRA-beugel leidde echter tot veel klachten en na anderhalf jaar was het gewenste resultaat nog niet bereikt. De apneu werd weliswaar minder, maar de klachten (en de daarmee gemoeide risico's) bleven in stand. Daarnaast bleek de MRA-beugel geen goede anti-snurkvoorziening. Een bijkomend effect was pijn in de kaken, en dit alleen was voor verzoekster al reden om de MRA-beugel na verloop van tijd terzijde te leggen. Overigens is verzoekster er eind 2016 achter gekomen dat zij blijvende gehoorschade in de vorm van tinnitus heeft, iets waaraan de MRA-beugel debet is.

De bevindingen stimuleerden verzoekster om een SnörEx® beugel aan te schaffen. Deze is sinds augustus 2016 in haar bezit en het blijkt een effectieve en doelmatige voorziening. Zo komen de apneuklachten door het gebruik van de SnörEx® beugel nauwelijks meer voor en is het snurken grotendeels verdwenen. Daarnaast worden de kaken van verzoekster ongemoeid gelaten, zijn de risico's op hartfalen en andere fysieke klachten aanmerkelijk verkleind, en is het algemeen welzijn van verzoekster verbeterd. Bovendien worden door de inzet van de SnörEx® beugel als hulpmiddel de risico's van hoge kosten bij voortgaande medische zorg verkleind.

4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot vergoeding van de kosten van de SnörEx® beugel omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit argument is echter op basis van de praktijkervaring van verzoekster niet valide. In haar geval bleek de SnörEx® beugel immers de oplossing voor de fysieke problemen. Het argument is bovendien het enige argument van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster kan de ziektekostenverzekeraar dit argument thans niet meer aanvullen, zo hij dit al wenst. De beslissing van 19 oktober 2016 dient, juridisch gezien, te worden 'gefixeerd'.

Op het voorstel van de ziektekostenverzekeraar CPAP-apparatuur te gebruiken, die wél wordt vergoed, gaat verzoekster vanwege diverse bezwaren niet in. Het is ook onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar wel bereid is de kosten van een ineffectief, onveilig en onpraktisch hulpmiddel te vergoeden, maar niet de kosten van een bewezen effectief hulpmiddel.

Een onderzoek naar de kosten van CPAP-apparatuur en van een SnörEx® beugel maakt duidelijk dat de SnörEx® beugel € 895,- kost, en een mobiel CPAP-apparaat zonder accu € 749,-. Met accu bedragen de kosten € 1.185,-. Tevens dienen accessoires, waaronder een masker ten bedrage van € 159,-, te worden aangeschaft. Dit laat zien dat de ziektekostenverzekeraar met het verlenen van een vergoeding voor een SnörEx® beugel niet in verlegenheid wordt gebracht. Niettemin behoort een vergoeding (nog) niet tot de mogelijkheden.

Het is onredelijk en onbillijk dat de ziektekostenverzekeraar er thans van profiteert dat verzoekster de kosten van de SnörEx® beugel voor haar rekening heeft genomen. Hierdoor zijn immers gezondheidsproblemen en kosten voorkomen.

Verzoekster doet een beroep op de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar en verwijst in dit verband naar het Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018) van december 2014 en naar de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. De ziektekostenverzekeraar dient verantwoorde en zinnige zorg te garanderen. Indien hij hieraan niet voldoet, is sprake van wanprestatie.

Voorts verwijst verzoekster naar artikel 2.9 Bzv en artikel 5 van de Wet op de medische hulpmiddelen. Het is verzoekster duidelijk geworden dat de vele (juridische) kaders aangeven dat haar bevindingen bij de behandeling van OSAS niet overeenstemmen met goede zorg door zorgverleners en de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

Het is onbegrijpelijk dat bij de behandeling van OSAS geen ruimte bestaat voor inzet van de SnörEx® beugel. De beschikbare (praktijk)kennis omtrent medische hulpmiddelen wordt te veel genegeerd, wellicht om het systeem in stand te houden. De stand van de wetenschap en praktijk wordt niet toegelicht en niet waargemaakt. Inzicht in wetenschappelijke onderzoeken wordt niet gegeven.

Het toenmalige College voor zorgverzekeringen heeft in zijn uitspraak van 21 december 2012 (2012066763, 2013003756) toegelicht dat het mogelijk is om in voorkomende situaties een interventie als gelijkwaardig te beschouwen dan wel meerwaarde te geven ten opzichte van de standaard of gebruikelijke behandeling. In die situatie concludeert het College voor zorgverzekeringen dat sprake is van zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar op grond van haar persoonlijke omstandigheden is gehouden de kosten van de SnörEx® beugel te vergoeden. Er dient ruimte te zijn voor de 'menselijke maat'.

4.3. Verzoekster heeft drs. Van der Wal, een KNO-arts, als deskundige ingeschakeld. Hij heeft medegedeeld dat de situatie van verzoekster niet op zich staat. Volgens de deskundige is komen vast te staan dat er veel patiënten zijn die problemen als die van verzoekster ervaren door het gebruik van een MRA-beugel. Kaakontwrichting en oorsuizen zijn bekende fenomenen. Drs. Van der Wal heeft in samenwerking met M. Schüsler een artikel geschreven over snurken en slaapapneu, dat in 2015 is gepubliceerd in het tijdschrift voor Integrale Geneeskunde.

Uit informatie van de SomnoClinic (waar verzoekster de SnörEx® beugel heeft afgenomen) blijkt dat een aanzienlijke groep artsen toepassing van de SnörEx® beugel ondersteunt. Die ondersteuning is wellicht breder dan verondersteld. Bovendien is de SnörEx® beugel geen recente innovatie; het hulpmiddel bestaat al ruim twintig jaar.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster gesteld dat de commissie haar bij brief van 16 mei 2017 de reactie van 15 mei 2017 van de ziektekostenverzekeraar heeft doen toekomen. Haar is weliswaar de mogelijkheid geboden hier ter zitting op te reageren, maar deze mogelijkheid wordt teniet gedaan door de vaststelling dat de ziektekostenverzekeraar met zijn brief van 15 mei 2017 niet heeft gereageerd binnen de door de commissie gestelde termijn. De commissie dient de reactie van de ziektekostenverzekeraar dan ook buiten beschouwing te laten. Indien de commissie dit nalaat, heeft het stellen van termijnen geen enkele waarde en levert dit strijd op met de goede procesorde. Verder geldt dat op dit moment geen actueel klinisch gerandomiseerd onderzoek beschikbaar is waaruit blijkt dat de SnörEx® beugel op grond van de stand van de wetenschap en praktijk ongeschikt is. Daar komt bij dat de vervangende tongzenuwstimulator bij de behandeling van OSAS doelmatig en kosteneffectief is gebleken. Dat zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut alleen kijkt naar de wetenschap en niet naar de praktijk is op zijn minst opmerkelijk te noemen. Meerdere professionals ondersteunen de SnörEx® beugel. Gelet op het feit dat de tongzenuwstimulator inmiddels wel tot de verzekerde zorg behoort, komt verzoekster tot de conclusie dat dit ook zou moeten gelden voor de SnörEx® beugel.

4.5. Met betrekking tot het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoekster het volgende aangevoerd.

Het Zorginstituut houdt de zorg die in het basispakket zit regelmatig tegen het licht, waarbij wordt beoordeeld of die zorg patiëntgericht, effectief en doelmatig is. De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut heeft onder meer als taak om gevraagd en ongevraagd te adviseren in kwaliteitsdiscussies. Het is verzoekster niet bekend of het onderhavige geschil daartoe aanleiding heeft gegeven.

Verzoekster is ervan op de hoogte dat een andere zorgverzekeraar de SnörEx® beugel vanuit de basisverzekering vergoedt. Hierdoor is sprake van ongelijkheid, hetgeen niet zou mogen voorkomen.

Volgens het Zorginstituut gaat het erom of de zorg bij een bepaald indicatiegebied dan wel populatieniveau effectief is. De door verzoekster ingeschakelde deskundige heeft zijn inzichten in breder perspectief geplaatst en duidelijk gemaakt dat de verleende zorg bij OSAS bij veel patiënten met een tong repositie apparaat (TRA), waaronder SnörEx®, effectief kan worden ondersteund. Tevens zijn er vele ondersteunende verklaringen van andere gespecialiseerde artsen. Verwacht mocht worden dat het Zorginstituut de betreffende praktijkbevindingen serieus had genomen en deze op gepaste wijze in het definitieve advies had aangehaald, mede omdat de 'stand van de wetenschap en praktijk' als de wettelijke maatstaf wordt beschouwd.

Het kennelijke gemis aan goed inzicht met betrekking tot medische hulpmiddelen bij het Zorginstituut manifesteert zich bij het in december 2016 bekend gemaakte voornemen om nader onderzoek te starten naar het verbeterpotentieel rondom OSAS.

Het Zorginstituut gaat in het definitieve advies niet meer in op een aantal punten uit het voorlopige advies en uit de pleitnota van verzoekster. In het definitieve advies wordt daarvan echter ook geen afstand genomen.

Het Zorginstituut besteedt in het definitieve advies geen aandacht aan de tot de verzekerde zorg behorende TRA/tongzenuwstimulator.

De vigerende wet- en regelgeving wordt door het Zorginstituut summier toegelicht. Slechts de Zorgverzekeringswet wordt aangehaald. Op de door verzoekster aangehaalde bredere toetsingskaders wordt niet ingegaan.

Verzoekster heeft ten aanzien van de tot het basispakket behorende MRA-beugel geen kwaliteit en veiligheid ervaren. De ongeschiktheid van de MRA-beugel is aangetoond door de deskundige die verzoekster heeft ingeschakeld. Dat de ziektekostenverzekeraar enkel verwijst naar de stand van de wetenschap en praktijk doet geen recht aan de belangen van de patiënt en de geldende gedragscodes.

Samenvattend stelt verzoekster dat zij rechtens een beroep mag doen op effectief passende zorg van voldoende kwaliteit. De MRA-beugel bleek niet aan dit vereiste te voldoen. Het alternatief, de SnörEx® beugel, bleek zeer doeltreffend en kosteneffectief. De ziektekostenverzekeraar zou die inspanning kunnen waarderen door over te gaan tot vergoeding, al dan niet op basis van coulance. Van precedentwerking zal geen sprake zijn.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de artikelen 1.1 en 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde uitsluitend recht heeft op vergoeding van zorg als hij/zij naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorgvorm is aangewezen, en 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 praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine 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.

Om voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen, dient een behandeling te voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

5.2. Een SnörEx® beugel, ook wel een snurkbeugel of TRA genoemd, is een op maat gemaakte introrale beugel met een tegen het verhemelte geplaatst plaatje en een dynamische pelotte waarmee de tongbasis naar voren wordt gehouden. De SnörEx® beugel wordt toegepast ter vermindering van snurken, en bij OSAS.

Het Zorginstituut heeft op 28 oktober 2014 een negatief advies uitgebracht over de aanspraak op een SnörEx® beugel. De behandeling van OSAS door middel van een SnörEx® beugel c.q. een TRA voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De SnörEx® beugel is niet aan te merken als een mandibulair repositie apparaat (MRA). In het bindend advies van de commissie van 28 januari 2015 met nummer 201401097 is het verzoek van de verzekerde in kwestie tot vergoeding van de SnörEx® beugel afgewezen, waarbij de commissie in haar besluitvorming ook de persoonlijke situatie van de verzekerde heeft meegenomen.

De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de zorgverzekering geen aanspraak biedt op een SnörEx® beugel. Om die reden wordt geen vergoeding verleend.

Overigens spreekt verzoekster van ernstige OSAS. In geval van matige of ernstige OSAS kan gebruik van een CPAP-apparaat een oplossing zijn. Een CPAP-apparaat behoort wel tot de verzekerde zorg.

De afwegingen die verzoekster heeft gemaakt en die hebben geleid tot aanschaf van de SnörEx® beugel zijn begrijpelijk. Het is fijn dat verzoekster profijt heeft van dit hulpmiddel en de ziektekostenverzekeraar respecteert de keuze van verzoekster om te kiezen voor zorg die haar het beste lijkt voor haar gezondheid. Dit betekent echter niet dat aanspraak bestaat op vervangende zorg, op basis van substitutie. In een recent bindend advies (nummer 201601399) heeft de commissie nogmaals bevestigd dat de basisverzekering en/of de aanvullende verzekering geen mogelijkheid tot substitutie biedt. In het onderhavige geval betekent dit dat verzoekster geen recht heeft op een (gedeeltelijke) vergoeding van de SnörEx® beugel, op basis van een aanspraak

op verzekerde zorg die zij niet kan of wil gebruiken, zoals CPAP-apparatuur, of die niet bewezen effectief is in haar persoonlijke situatie, zoals de MRA-beugel.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.4. De ziektekostenverzekeraar 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 en artikel 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

*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 hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. (...) Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen 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 opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.
(...)*

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

*Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.
In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.
(...)*

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd vooraf onze toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. (...)

8.4. De aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelen is nader uitgewerkt in het Reglement hulpmiddelen 2016 van de ziektekostenverzekeraar. Hierin zijn onder andere CPAP-apparatuur met toebehoren en een MRA-beugel opgenomen.

8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt:

"Medische noodzaak

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."

8.6. De artikelen 1.2 en 34 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen 2016 van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 nader uitgewerkt in artikel 2.6 en verder Rzv. Artikel 2.9 Rzv luidt:

"1 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:

a. zuurstof;

b. stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen.

2 De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten.

3 De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:

a. apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning;

b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken."

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 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vaststaat dat bij verzoekster niet alleen sprake is van snurken, maar tevens van OSAS, hetgeen een (verzekerings)indicatie is voor een uitwendig hulpmiddel voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, zoals een MRA-beugel of CPAP-apparatuur. Verzoekster heeft in verband met haar klachten een SnörEx® beugel aangeschaft. De ziektekostenverzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat de SnörEx® beugel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de zorgverzekering. Mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 24 april 2016 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 25 april 2017 opgedragen onderzoek te doen naar relevant gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek en de commissie binnen twee weken over de uitkomst hiervan te informeren. Bij brief van 15 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn bevindingen aan de commissie kenbaar gemaakt. Ter zitting heeft verzoekster de stelling betrokken dat de commissie deze reactie buiten beschouwing dient te laten, aangezien de ziektekostenverzekeraar niet binnen de in de brief van 25 april 2017 genoemde termijn van twee weken heeft gereageerd, en het wel accepteren van de reactie in strijd is met de goede procesorde. De commissie passeert deze stelling. Verzoekster is de gelegenheid geboden inhoudelijk op de uitkomst van het nader onderzoek door de ziektekostenverzekeraar te reageren en zij heeft van deze mogelijkheid ook gebruik gemaakt.
- 9.2. Bij de beantwoording van de vraag of de SnörEx® beugel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt. Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.3. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan

de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

9.4. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar een nader onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de behandeling van OSAS door middel van een SnörEx® beugel te laten uitvoeren. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar hier op 25 april 2017 opdracht toe gegeven. De uitkomsten van dit nader onderzoek zijn aan het Zorginstituut gestuurd, hetgeen heeft geleid tot het definitieve advies van 21 augustus 2017. De conclusie van het Zorginstituut is dat de onderhavige zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Om die reden wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie maakt de conclusie van het Zorginstituut tot de hare en neemt het advies over.

9.5. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie, wordt de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden gepasseerd. Aan de vraag naar de doelmatigheid van het hulpmiddel wordt om dezelfde reden niet toegekomen. Het beroep op de redelijkheid en billijkheid kan niet slagen. Op grond van artikel 6:248, tweede lid, BW is een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. In dit geval gaat het dan om de eis dat de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk moet zijn. Uit de jurisprudentie ter zake blijkt dat aan de zogenoemde derogerende werking niet snel wordt toegekomen indien sprake is van een verzekeringsovereenkomst. In casu wordt aan de door de Hoge Raad in het arrest Bosentan (ECLI:NL:HR:2014:3679) ter zake geformuleerde voorwaarden niet voldaan. Hetgeen overigens door verzoekster - onder meer met betrekking tot het ontbreken van een alternatief, het kostenbesparingselement, en de beoordeling door het Zorginstituut - is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de SnörEx® beugel ten laste van de zorgverzekering.

9.6. Verzoekster heeft melding gemaakt van het feit dat een andere zorgverzekeraar een SnörEx® beugel aan een verzekerde heeft verstrekt/vergoed ten laste van de basisverzekering. Dit betreft echter slechts één geval, waarvan de feiten en omstandigheden verder niet bekend zijn. De commissie concludeert dat de door verzoekster gestelde ongelijkheid niet aannemelijk is gemaakt en neemt haar mededeling verder voor kennisgeving aan.


9.7. Voor zover verzoekster - onder andere met een beroep haar persoonlijke omstandigheden en de 'menselijke maat' - verwijst naar de mogelijkheid van een coulancevergoeding, merkt de commissie op dat coulance behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar, waarin zij niet kan treden. Dit is slechts anders indien sprake is van willekeur, doch dit is gesteld noch gebleken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

 **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, 27 september 2017,

 H.A.J. Kroon