

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C te D  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, Mandibulair Repositie Apparaat (MRA),  
indicatie  
Zaaknummer : 2011.00592  
Zittingsdatum : 7 maart 2012

1. Partijen

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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering 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 een Mandibulair Repositie Apparaat (verder: MRA) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 oktober 2010 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 6 december 2010 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 brief van 8 november 2011 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 22 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 december 2011 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 januari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 16 februari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
  - 3.8. Bij brief van 27 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011139977) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat verzoeker voldoet aan de in de Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneu syndroom bij volwassenen' gestelde criteria voor OSAS, waarvoor behandeling met een MRA is geïndiceerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
  - 3.9. Verzoeker is op 7 maart 2012 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.10. Bij brief van 12 maart 2012 heeft de zorgverzekeraar de commissie de reactie van zijn adviserend geneeskundige op het CVZ-advies respectievelijk de slaaprapporten gezonden. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2012 aan verzoeker gestuurd, waarbij hem de mogelijkheid is geboden binnen zeven dagen hierop te reageren.
  - 3.11. Verzoeker heeft bij brief van 18 maart 2012 op voornoemde brief gereageerd. Een afschrift van de reactie is op 20 maart 2012 naar de zorgverzekeraar gezonden.
  - 3.12. Bij brief van 20 maart 2012 heeft de commissie aan het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de na de hoorzitting verzonden en ontvangen correspondentie van en met partijen gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 april 2012 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ bevestigt dat verzoeker is geïndiceerd voor de behandeling met een MRA. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 26 april 2012 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen één week op voornoemd advies te reageren. Verzoeker heeft van de aldus geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft bij fax van 14 mei 2012 op het definitieve CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 15 mei 2012 aan verzoeker gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
    - 4.1. De behandelend neuroloog heeft vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van een "upper airway resistance syndroom (UARS) met heftig snurken en een psychofysiologische insomnie."
    - 4.2. Verzoeker stelt dat hij een slaapstoornis heeft, die is gerelateerd aan slaapapneu. Zijn ademhaling komt 's nachts niet helemaal stil te liggen, maar zijn slaap wordt wel een aantal keren per nacht verstoord. Hierdoor wordt hij wakker zonder dat hij goed is uitgerust hetgeen heeft geleid tot chronische klachten, zoals concentratiestoornissen, hoofdpijn, oorsuizen en zware vermoeidheid. Hierdoor kan hij zijn werk niet goed uit-

voeren, hetgeen zonder verbetering op termijn zou kunnen leiden tot arbeidsongeschiktheid.

- 4.3. In de 'regeling zorgverzekering' wordt niet gesproken over UARS. Wel staat hierin de term OSAS (obstructieve slaapapneusyndroom) vermeld. Het "noemen van een afwijzingsgrond die nergens gedefinieerd staat, getuigt niet van zorgvuldigheid van de behandeling van de ingediende vergoedingsvraag". Het is verdedigbaar dat UARS wordt gelijkgesteld met een lichte vorm van OSAS. De behandelend neuroloog heeft in zijn mailbericht van 21 september 2011 ook bevestigd dat UARS een vorm van OSAS is. Voorts gaat het om frequent (10-15/uur) optredende verschijnselen van verminderde ademhaling.
- 4.4. Verzoeker geniet, sinds hij de MRA gebruikt, van een goede nachtrust. Het gebruik van de MRA heeft dus geleid tot een aanwijsbare verbetering van zijn situatie.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het voor hem vooral erg storend was dat de zorgverzekeraar de aanvraag in eerste instantie heeft afgewezen op bepaalde gronden, en dat deze gronden later werden gewijzigd. De tandarts is in samenspraak met de KNO-arts gekomen tot het voorschrift voor een MRA-beugel. Verzoeker vindt het beschamend dat de zorgverzekeraar het dossier niet op tijd heeft bestudeerd. Het is een grote grief dat de beoordeling van de aanvraag in eerste instantie is uitgevoerd door mensen die hiervoor kennelijk niet geschikt zijn. Er is een aanvraag ingediend, deze is afgewezen, en hierna heeft verzoeker op eigen kosten de MRA aangeschaft. De kosten zijn sindsdien verder opgelopen. Zo hebben intussen controles plaatsgevonden, waarvan de kosten niet worden vergoed.
- 4.6. Het resultaat van de MRA is afdoende; de MRA werkt goed. Al na een week was verzoeker beter uitgerust.
- 4.7. Desgevraagd deelt verzoeker mede dat hij de slaapregistratie bij zijn arts heeft opgevraagd. Deze heeft de registratie vervolgens rechtstreeks naar de commissie gestuurd.
- 4.8. In zijn brief van 18 maart 2012 stelt verzoeker dat tijdens de zitting de zorgverzekeraar enkel in de gelegenheid is gesteld achteraf nog een reactie te geven op de slaaprapporten. De bij de brief van 12 maart 2012 gevoegde verklaring van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar gaat verder dan was afgesproken. Daarom is verzoeker van oordeel dat het gehele memo buiten de procedure dient te worden gehouden.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
  - 5.1. In artikel B19 van de zorgverzekering is bepaald dat voorafgaand toestemming moet zijn verleend voor een MRA. In dit geval is de aanvraag echter achteraf ingediend. Daarnaast was de aanvraag niet voorzien van een toelichting van de in het Verzekeringsreglement genoemde specialisten. Bovendien bleek uit de aanvraag niet van een indicatie als bedoeld in de zorgverzekering. Bij verzoeker is immers geen sprake van OSAS, maar van UARS. Afhankelijk van de mate waarin OSAS is geconstateerd,

zou een behandeling met een MRA zijn aangewezen (tussen 5 en 30 AHI). Boven de 30 AHI is CPAP-therapie aangewezen.

- 5.2. Door de behandelend tandarts is bevestigd dat bij verzoeker geen sprake is van OSAS. Ook de neuroloog verklaart in zijn mailbericht van 21 september 2011 dat UARS niet strikt binnen de diagnose apneu valt. Uit de overgelegde medische informatie is onduidelijk of de klachten eenduidig worden veroorzaakt door een obstructie in de bovenste luchtwegen. Er worden immers ook andere klachten, zoals een matige slaaphygiëne en veel piekeren in de nacht, naar voren gebracht.
- 5.3. De aandoening UARS geeft een wisselende inademingsweerstand. Dit gaat gepaard met snurken. Doordat dit wordt voorafgegaan door korte wekreacties in het EEG, wordt het normale slaappatroon verstoord. Als gevolg hiervan ontstaan klachten in het cognitief functioneren en een verhoogde slaapdruk overdag. Dit betreft dus een andere indicatie, die weliswaar verwantschap vertoont met OSAS, maar waarbij ook snurken een rol speelt. UARS leidt echter niet tot apneu, terwijl dit bij OSAS wel het geval is.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn ongenoegen geuit over het opvragen van informatie door het CVZ bij verzoeker. De opgevraagde informatie dient buiten de procedure te worden gehouden. Mocht de commissie besluiten deze informatie wel toe te laten, dan vindt de zorgverzekeraar het niet juist dat hij wordt veroordeeld in de vergoeding van de € 37,- entreegeld. De medisch adviseur is het overigens niet eens met het standpunt van het CVZ, en heeft hierover twee dagen voor de zitting nog een stuk naar de zorgverzekeraar gestuurd. Dit stuk wil de zorgverzekeraar graag nog inbrengen in de procedure.
- 5.5. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag achteraf ontvangen. Er is dus geen voorafgaande toestemming verzocht. Desgevraagd deelt de zorgverzekeraar mede dat de eerste aanvraag mogelijk gedateerd is op 11 oktober 2010. Deze aanvraag is echter niet door de juiste arts ingediend. In de brief van 15 juni 2011 staan zeven voorwaarden voor de vergoeding van een MRA. Verzoeker zou volgens voornoemde brief voldoen aan een aantal hiervan; er wordt echter niet gesproken over het verlenen van toestemming. De zorgverzekeraar is het met de commissie eens dat deze brief als uitgangspunt moet worden genomen. De zorgverzekeraar zegt te kunnen meegaan in de opmerking dat sprake was van OSAS. Er is echter niet de juiste weg bewandeld. Desgevraagd verklaart de zorgverzekeraar dat het UMCG, die de MRA heeft verstrekt, in algemene zin is gecontracteerd. Het is hem niet bekend of dit ook geldt voor de MRA.
- 5.6. Bij brief van 12 maart 2012 heeft de zorgverzekeraar voornoemd stuk van de medisch adviseur aan de commissie gezonden. Ten tijde van de beoordeling van de aanvraag had de zorgverzekeraar onvoldoende informatie waaruit bleek dat bij verzoeker sprake was van een AHI >5. Uit de aanvraag is onvoldoende gebleken dat de MRA een geschikte oplossing is voor de problemen van verzoeker. Daarnaast is niet gebleken in hoeverre de problemen conservatief zijn behandeld en welk resultaat deze conservatieve behandeling heeft gehad. Uit de in deze procedure opgevraagde en ingebrachte slaapregistraties blijkt dat verzoeker – mits hij voorafgaand een aanvraag zou hebben ingediend – een indicatie zou kunnen hebben voor een MRA in geval conservatieve behandelingen onvoldoende resultaat bieden.

Dat het CVZ op een individuele casus ingaat, is ongebruikelijk.

- 5.7. In zijn fax van 14 mei 2012 stelt de zorgverzekeraar dat de conclusie van het CVZ te kort door de bocht is, omdat zij volledig voorbijgaat aan de 'stepped care' die in de CBO-richtlijn wordt beschreven en daarmee aan het doelmatigheidsaspect bij de behandeling van het onderhavige probleem. Verder wordt voorbij gegaan aan de voorwaarde dat het betreffende hulpmiddel vooraf moet worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar, inclusief alle benodigde informatie. De reden hiervan is juist om tot een doelmatige verstrekking te komen. Tenslotte is de diagnose OSAS niet zo rechtlijnig beschreven in de richtlijn als nu is gehanteerd.
- 5.8. De medisch adviseur van het CVZ heeft verklaard dat hij op grond van de huidige informatie de doelmatigheid niet kan beoordelen. De zorgverzekeraar is het op dit punt eens met de medisch adviseur van het CVZ. Het leefstijladvies ontbreekt; dit is een voorliggende voorziening met name nu zich in casu ook slaapproblemen voordoen. Daarnaast blijkt uit de tweede AHI dat er geen klinisch relevante verbetering is. Het verschil is namelijk dermate klein dat ter zake van de klachten geen dan wel zeer beperkt effect van het inzetten van een MRA kan worden verwacht. Ook hiermee is niet voldaan aan de doelmatigheidstoets.
- 5.9. Indien de commissie de mening van de zorgverzekeraar niet deelt, stelt deze voor alsnog een gedateerde test met gebruikmaking van de MRA naar de AHI te laten plaatsvinden met tegelijkertijd een recente anamnese van de slaapklachten. Deze dient dan een klinisch significante verbetering te laten zien op zowel de AHI als de anamnese.
- 5.10. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een MRA 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. In het Verzekeringsreglement heeft [naam zorgverzekeraar] nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. (...)”*

- 8.3. In artikel 2.1 van het Verzekeringsreglement van de zorgverzekeraar is, voor zover hier van belang, bepaald dat aanspraak bestaat op een MRA. Hiervoor dient voorafgaand toestemming te worden gevraagd. Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting zijn gevoegd van de longarts in samenspraak met de orthodontist en/of tandarts. Indien de verzekerde de MRA betreft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, moet hij een offerte indienen en een toelichting van een longarts in samenspraak met een orthodontist. Op basis van de offerte worden de kosten vergoed tot maximaal 80 percent van het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.
- 8.4. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg voor zover de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Er dient sprake te zijn van een indicatie. Daarnaast moet de zorg doelmatig zijn
- 8.5. De artikelen B5 en B19 van de zorgverzekering en het Verzekeringsreglement zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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. In artikel 2.9 Rzv wordt de aanspraak op uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel nader geregeld.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat een MRA een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoeker een indicatie heeft voor dit hulpmiddel en of is voldaan aan de in het Verzekeringsreglement gestelde voorwaarden.
- 9.2. Het CVZ heeft in zijn advies van 14 februari 2012 geconcludeerd dat verzoeker voldoet aan de in de Richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneu syndroom bij volwassenen’ gestelde criteria voor OSAS, waarvoor behandeling met een MRA is aangewezen. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.3. Het CVZ merkt in voornoemd advies verder op dat de zorgverzekeraar in zijn Verzekeringsreglement heeft bepaald dat de aanvraag een toelichting van de longarts in

samenspraak met een orthodontist of tandarts moet bevatten. In zijn brief van 15 juni 2011 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen stelt de zorgverzekeraar dat de aanvraag is ingediend door een “gespecialiseerd tandarts, orthodontist, KNO-arts, of MKA-arts”. Verzoeker “is doorverwezen door slaapcentrum SEIN naar de KNO-arts en deze heeft de aanvraag ingediend.” De zorgverzekeraar concludeert aan het eind van deze brief dat de aanvraag geen ‘geschikt gebit verklaring’ bevat, dat geen AHI-waarde is vermeld en dat geen sprake is van OSAS. Blijkbaar vormde een eventueel ontbrekende toelichting door een KNO-arts op dat moment geen issue. In zijn brief van 22 december 2011 komt de zorgverzekeraar echter hierop terug en wordt gesteld dat de aanvraag niet was voorzien van een toelichting door één van de in het Verzekeringsreglement genoemde specialisten.

- 9.4. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar op 11 oktober 2010 de aanvraag voor de MRA heeft ontvangen. Deze aanvraag is ingediend door de behandelend tandarts van het UMCG. Hierop is vermeld dat verzoeker is verwezen door een neuroloog. Daarnaast is vermeld dat sprake is van medebehandelaars, te weten de neuroloog en een KNO-arts. Het UMC is een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. In het Verzekeringsreglement van de zorgverzekeraar is bepaald dat bij de aanvraag door een gecontracteerde zorgaanbieder een toelichting moet zijn gevoegd van de longarts in samenspraak met de orthodontist en/of tandarts. Aangezien de aanvraag is ingediend door een tandarts, de medebehandelaars van de specialisaties neurologie en KNO zijn, en de aanvraag is voorzien van een toelichting, is de commissie – mede gelet op hetgeen onder 9.3 is overwogen – van oordeel dat de aanvraag voldoet aan de in het Verzekeringsreglement gestelde voorwaarden.
- 9.5. Voorts blijkt uit de nota van de MRA van 8 februari 2011 dat deze kosten op 1 en 2 december 2010 zijn gemaakt. Aannemelijk is dat de MRA rond deze tijd aan verzoeker is geleverd. Daaruit kan worden afgeleid dat de MRA niet voorafgaand aan het verzoek om toestemming is aangeschaft, zoals door de zorgverzekeraar is gesteld, maar eerst nadat de afwijzende beslissing werd verzonden. Dat verzoeker hierna niet de afloop van de klachten- en geschillenprocedures heeft afgewacht, kan hem in de onderhavige situatie niet worden tegengeworpen.
- 9.6. In de brief van 15 juni 2011 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen vermeldt de ziektekostenverzekeraar zeven voorwaarden voor de vergoeding van een MRA. Verzoeker zou aan een aantal van deze voorwaarden voldoen. Voor de punten waaraan toen nog niet zou zijn voldaan heeft verzoeker inmiddels de benodigde stukken overgelegd, waaruit blijkt dat hij hieraan wel voldoet. De commissie is van oordeel dat verzoeker op grond van deze brief erop mocht vertrouwen dat alleen de daarin genoemde punten nog ter discussie stonden en dat hij aan de overige voorwaarden voldeed. Aan de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker de doelmatigheid van de MRA niet heeft aangetoond gaat de commissie voorbij, omdat zij deze stelling in het licht van de brief van 15 juni 2011 en de gang van zaken nadien als tardief beschouwt.

#### **Opgevraagde nadere informatie**

- 9.7. De zorgverzekeraar heeft ter zitting bezwaar gemaakt tegen het (rechtstreeks) opvragen van informatie bij verzoeker door het CVZ. Het CVZ heeft deze informatie echter door tussenkomst van de commissie opgevraagd bij verzoeker. De zorgverzekeraar heeft – na ontvangst van deze informatie door de commissie – van de informatie een

afschrift ontvangen. De zorgverzekeraar heeft derhalve hiervan tijdig kunnen kennisnemen. Ook is het niet ongebruikelijk dat het CVZ via de commissie nadere informatie opvraagt als de in het dossier aanwezige informatie onvoldoende is om tot een juist advies te kunnen komen. Hierbij speelt, gezien de indicatievereisten, de individuele situatie van de verzekerde altijd een rol.

### **Toelating reactie van de medisch adviseur**

- 9.8. Verzoeker heeft de commissie verzocht het memo van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar niet toe te laten tot de procedure, omdat tijdens de zitting zou zijn afgesproken dat alleen nog gereageerd mocht worden op de ingebrachte slaaprapporten, terwijl met voornoemd memo tevens wordt gereageerd op het CVZ-advies.
- 9.9. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar tijdens de zitting heeft medegedeeld dat diens medisch adviseur het niet eens is met het CVZ-advies en dat hij op dit stuk schriftelijk heeft gereageerd. Hierop is afgesproken dat de zorgverzekeraar binnen één week na de zitting de verklaring van de medisch adviseur zou mogen indienen. Nu de commissie, anders dan verzoeker meent, de reactie van de zorgverzekeraar aldus niet heeft beperkt tot alleen de slaaprapporten, ziet de commissie geen aanleiding voornoemde verklaring buiten de procedure te laten.

### **Nader onderzoek**

- 9.10. Ten aanzien van het voorstel van de zorgverzekeraar alsnog nader onderzoek te laten plaatsvinden naar de AHI te met gebruikmaking van de MRA met tegelijkertijd een recente anamnese van de slaapklachten, is de commissie van oordeel dat voor een dergelijk voorstel in deze fase van de procedure vanuit een oogpunt van de eisen van een goede procesorde geen plaats meer is.

### **Conclusie**

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
  - 9.12. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoeker te vergoeden. Dat de toewijzing mede stoelt op de tijdens de procedure ingebrachte slaaprapporten, vormt voor de commissie geen aanleiding af te zien van toewijzing van het entreegeld.
10. Het bindend advies
  - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
  - 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter