



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak : EU-EER, België, Inspire Upper Airway Stimulation (UAS), obstructieve slaapapneu-syndroom (OSAS)
Zaaknummer : 201602165
Zittingsdatum : 22 maart 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 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo.nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Optifit 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). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandfit module C is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Inspire Upper Airway Stimulation (hierna: UAS), uit te voeren te Antwerpen (België), ten bedrage van € 3.973,70 (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 11 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. Nadat verzoeker bij e-mailbericht van 15 maart 2016 was opgekomen tegen deze beslissing, heeft de ziektekostenverzekeraar hem bij brief van 6 april 2016 medegedeeld voor de behandeling coulanchehalve een bedrag van € 1.493,21 te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 13 en 22 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 12 oktober 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 11 november 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 26 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 februari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 februari 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 6 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017005506) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat toepassing van de Inspire Upper Airway Stimulatie bij OSAS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 september 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In 2014 is verzoeker gediagnosticeerd met het Obstructief Slaapapneusyndroom (hierna: OSAS). Door de ernstige OSAS is verzoeker voortdurend uitgeput, en dit maakt het voor hem onmogelijk dagelijks goed te functioneren. Bovendien is het een belasting voor zijn echtgenote, die verzoeker regelmatig 's nachts wakker moet maken omdat zijn adem stukt. Op advies van de medisch specialist in het ziekenhuis is hij begonnen met 'Continuous Positive Airway Pressure' (hierna: CPAP) apparatuur. Dit leidde niet tot verbetering, omdat verzoeker zowel het volledige gezichtsmasker als het nasale masker niet tolereerde. Verzoeker is na diverse behandelingen verwezen naar een ander ziekenhuis in Amsterdam. Hier bleek dat UAS de enige voor verzoeker geschikte ingreep was.
- 4.2. De behandelend klinisch neurofysioloog heeft op 8 december 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard:
“(…)Start score: 23.22 uur Stop score: 05.01 uur. Slaaplatentie: 1 uur en 53 minuten. Slaap efficiëntie: 80%
Hypnogram; Patroon: slecht gevormd. Niet duidelijke cycli. 3 REM periodes, latentie 3 uur en 23 min. Diepe slaap: 11,5%. Arousal index: veel. Awakenings: 7.
Apnoe/hypopnoe index: AI: 10 (O:4,4, C: 1,6, M 4), HI: 31,1, AHI: 41,1
RERA: Rugligging: 40% TST -> AHI= 47,8
REM: 11,9% TST -> AHI= 46,9
Non supine: 60% TST -> AHI= 36,7
SpO2; Basis O2: 95%, Gemiddelde O2: 93% met een minimum O2 van: 79%
Tijd O2 onder 90%: 27 min. O2 desaturatie index (afname ≥ 3%) 46,1

Snurken: vrij veel snurken. (P)LM's e.d.: veel beenbewegingen.

SAMENVATTING:

- *Slechtgevoerd hypnogram, weinig diepe slaap. Veel arousals en beenbewegingen.*
- *Late REM*
- *AHI = 41,1; rug = 47,8 ; niet rug = 36,7. Saturatie daling tot 79%.*
- *Veel snurken.*

CONCLUSIE:

Aanwijzingen voor ernstig OSAS (...)

- 4.3. Verzoeker komt in aanmerking voor een eigen bijdrage uit het innovatiefonds van het ziekenhuis. Dit betekent dat het ziekenhuis een bedrag van € 12.000,- bijdraagt. Verzoeker neemt een bedrag van € 3.000,- voor zijn rekening. Zijn financiële situatie is niet toereikend om een groter bedrag bij te dragen. Voor de ziektekostenverzekeraar resteert een te vergoeden bedrag van € 3.973,70, en dit betreft de kosten van de opname en de operatie. Verzoeker vraagt de ziektekostenverzekeraar genoemd bedrag uit coultance te vergoeden. Hij verwijst naar het document 'Nervus hypoglossus stimulatie bij obstructief slaapapneu syndroom (OSAS)' van het Zorginstituut waaruit volgt dat positief is geadviseerd over de ingreep. De kans is dan ook groot dat deze ingreep op korte termijn wél voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en alsdan voor vergoeding in aanmerking komt. Omdat de OSAS de gezondheid van verzoeker schaadt, kan hij echter niet op het definitieve standpunt van het Zorginstituut wachten.
- De toegezegde coultancevergoeding van € 1.493,21 heeft niet geleid tot een akkoord van het ziekenhuis. Om in aanmerking te kunnen komen voor de bijdrage uit het innovatiefonds van het ziekenhuis is vereist dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de operatie en opname vergoedt.
- Verzoeker merkt tot slot op dat een ernstige vorm van OSAS, zoals bij hem aanwezig, in de toekomst kan leiden tot ernstige cardio-vasculaire complicaties. Het enige alternatief, met een aanzienlijk lager slagingspercentage dan UAS, is een multi level operatie. Dit is echter een zwaardere en pijnlijke ingreep die hogere kosten met zich brengt.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat in de kostenbegroting van het ziekenhuis duidelijk het geraamde bedrag van € 3.933,70 wordt vermeld dat door de ziektekostenverzekeraar dient te worden bijgedragen. Het gaat om maximaal tien patiënten die via deze regeling in aanmerking komen voor deze ingreep, waarvan verzoeker één van de laatsten is. Het gebruik van CPAP-apparatuur geeft verzoeker niet de rust die hij nodig heeft. De gezondheid van zijn vrouw heeft hieronder eveneens te lijden.
- Verder merkt verzoeker op dat andere verzekeraars de ingreep wel hebben vergoed. In juridisch opzicht heeft de ziektekostenverzekeraar het gelijk aan zijn zijde, maar er is in het geval van verzoeker aanleiding coultance toe te passen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In 2013 heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat de behandeling die verzoeker wenst te ondergaan, UAS, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt. In 2015 is door de KNO-vereniging een herbeoordeling van dit standpunt gevraagd. Tot op heden heeft het Zorginstituut zijn standpunt niet gewijzigd, zodat de aangevraagde behandeling geen verzekerde zorg betreft.
- 5.2. Gelet op de medische situatie van verzoeker, heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de kosten alsnog coultancehalve te vergoeden op basis van het bedrag dat hij zou vergoeden voor een twee-daagse opname, zoals toegepast in Nederland bij de behandeling van OSAS. Het te vergoeden bedrag is gebaseerd op DBC-zorgproductcode 060607009, en bedraagt € 1.493,21.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de situatie van verzoeker, maar kan eerst goedkeuring voor de behandeling verlenen indien hiervoor dekking bestaat vanuit de zorgverzekering. Dit zal waarschijnlijk het geval zijn als de randvoorwaarden voor vergoeding en de hoogte van de vergoeding zijn vastgesteld. Zodra de behandeling is opgenomen in de zorgverzekering, kan verzoeker kiezen of hij deze in België dan wel Nederland wenst te ondergaan.

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 'Deel A' van de zorgverzekering, welk artikel op grond van artikel 1 van 'Deel A' van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 volledig 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 1 tot en met 26 van 'Deel B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 lid 1 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts (...).”

8.4. Artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (...).”

- 8.5. Artikel 25 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van ONVZ nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of www.onvz.nl/buitenland raadplegen.

*lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het ONVZ Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.
(...)"*

- 8.6. Artikel 2 lid 3 van 'Deel A' en de artikelen 6 lid 1 en 25 lid 1 van 'Deel B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 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. Geneeskundige zorg, waaronder medisch-specialistische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 1 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 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.
- 8.9. Artikel 17 van 'Deel B' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van ONVZ nodig is. (...)

ONVZ vergoedt de hierna omschreven kosten van geneeskundige zorg in het buitenland. Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van deel A-1. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Het kan voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het ONVZ Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.

(...)

lid 2 Voorziene behandelingen

ONVZ vergoedt de kosten:

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 6 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door ONVZ erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het actuele overzicht kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;

(...)"

8.10. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van UAS, uit te voeren in België, een andere EU-lidstaat. Er is sprake van planbare zorg; verzoeker wenst zich naar een andere lidstaat te begeven met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat het hier geen verzekerde zorg betreft, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat.

9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of UAS bij de indicatie OSAS voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering.

9.3. Bij de beantwoording van deze vraag 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 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.


- 9.4. 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.
- 9.5. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot UAS bij de indicatie OSAS is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 6 maart 2017 verwoord. De conclusie van het advies is dat UAS bij de indicatie OSAS niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat de toestemming op grond van de verordening terecht is geweigerd en dat verzoeker ook op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van UAS. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot het mogelijk op termijn toelaten van de onderhavige zorg tot het verzekerde pakket kan thans niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Coulance

- 9.7. Verzoeker wenst een - aanvullende - coulancevergoeding te ontvangen tot het bedrag van € 3.973,30, zodat hij in aanmerking komt voor een bijdrage uit het innovatiefonds van het ziekenhuis, en de ingreep alsnog kan worden uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich om





hem moverende redenen bereid verklaard aan verzoeker een coulancevergoeding te verlenen ten bedrage van € 1.493,21, en ziet geen aanleiding dit bedrag te verhogen.

- 
- 9.8. De commissie merkt op dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.





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, 5 april 2017,



A.I.M. van Mierlo





