



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, embolisatie in verband met variocèle, fertiliteitsproblematiek, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201701856

Zittingsdatum : 4 juli 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (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 NS Plus 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 afgesloten aanvullende verzekering NS Tandarts is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op embolisatie in verband met variocèle ter plaatse van de balzak, uit te voeren te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 9 mei 2017 en 23 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 12 februari 2018 heeft verzoeker 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).
- 3.5. 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 17 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 mei 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juni 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018025566) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet voldoende is aangetoond dat verzoeker is aangewezen op de gevraagde behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juli 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting 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 9 juli 2018 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. De behandelend arts in Gent heeft op 14 april 2017 over verzoeker verklaard: "(...) *Kinderwens, azoöspermie 3 keer, eerste staal mogelijk enkele onbeweeglijke (vol 1,9, normale pH). Transabdominaal en scrotaal echo normaal, geen argumenten voor obstructie. Hormonenbilan: FSH 20, LH 4,4, testo 11. Genetica: no chromosomen, geen Y-deleties. (...) Normale penis en virilisatie, testes van 10cc bilateraal, geen gynaecomastie. Normale vasa deferentia, geen grote varicocoele maar teveel weefsel, op thermografie links sterk positief, rechts zwak. (...) Besluit: 1) Embolisatie varicocoele en na 4 maand spermastaal. 2) TESE-noa bilat hetzij onmiddellijk TESE-noa. (...)*".
- 4.2. In september 2016 hebben verzoeker en zijn echtgenote onderzoeken gehad bij een fertiliteitskliniek in Voorburg. Zij zijn doorverwezen naar het Erasmus MC, waar de behandelend androloog tot de conclusie kwam dat een behandeling met Testiculaire Sperma Extractie (hierna: TESE) de enige mogelijke behandeling vormde teneinde te voldoen aan de kindwens van verzoeker en zijn echtgenote. Omdat in het UZ Gent meer ervaring bestaat met deze behandeling, is verzoeker hiervoor, met toestemming van de ziektekostenverzekeraar, uitgeweken naar Gent.
- 4.3. Tijdens de intake door de behandelend uroloog in Gent werd voor de eerste maal aandacht besteed aan de klachten die verzoeker ervoer met zijn balzak. De uroloog en later de radioloog constateerden spataderen en oordeelden dat een embolisatie hiervoor was aangewezen. Een embolisatie wordt beschouwd als de meest effectieve behandeling van een spatader. Niet uitgesloten is daarnaast dat de behandeling hiervan een positieve invloed heeft op de zaadproductie. Om die reden is besloten niet over te gaan tot de TESE-behandeling voordat de embolisatie had plaatsgevonden.
- 4.4. De echtgenote van verzoeker heeft op 11 april 2017 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, tijdens welk gesprek zij door een medewerker is geïnformeerd dat de behandeling voor vergoeding in aanmerking zou komen op basis van een kostenbegroting en een behandelplan. Op 8 mei 2017 volgde een officiële aanvraag voor deze behandeling, die evenwel

op 9 mei 2017 door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen. Telefonisch werd de echtgenote van verzoeker vervolgens toegezegd dat een herbeoordeling zou plaatsvinden. Met het oog op de klachten die verzoeker ondervond, en vertrouwend op de telefonische toezegging van de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker het bedrag voor de ingreep geleend, en heeft hij deze ondergaan. De kosten hiervan bedragen € 2.350,--.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar onderbouwt zijn afwijzing met de opmerking dat niet voldoende bewijs bestaat dat de embolisatie bij fertiliteitsklachten goed en veilig is op de lange termijn. De ziektekostenverzekeraar miskent hiermee dat de ingreep is uitgevoerd naar aanleiding van de klachten die verzoeker ondervond met de balzak, namelijk een pijnlijk, trekkend gevoel. Dat hij primair met een andere klacht bij de uroloog kwam, mag geen reden zijn niet tot vergoeding over te gaan. De brief wekt de indruk dat een embolisatie geen goede of veilige behandeling zou zijn, terwijl deze algemeen is geaccepteerd. Tot slot staat de afwijzing in contrast met de telefonische toezegging dat op basis van een begroting en een behandelplan zou worden overgegaan tot vergoeding.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat hij het vervelend heeft gevonden dat hij tot op heden van de ziektekostenverzekeraar geen eenduidig antwoord heeft gekregen. Een voorbeeld hiervan is dat de informatie die is te vinden op de website niet volledig is. Door het advies van het Zorginstituut heeft verzoeker voor het eerst duidelijk uitgelegd gekregen waarom de betreffende ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt. Een dergelijk antwoord had hij eerder van de ziektekostenverzekeraar verwacht. Omdat dit antwoord echter uitbleef, is verzoeker van mening dat hij aanspraak heeft op een tegemoetkoming in de kosten. Door de onvolledige informatie heeft verzoeker schade geleden.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Voor de behandeling van varicocèle (spataderen in de balzak) is een embolisatie aangewezen indien duidelijke continue klachten aanwezig zijn. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker beoordeeld, en is tot de conclusie gekomen dat uit de beschikbare medische informatie niet is af te leiden dat sprake was van duidelijke lichamelijke klachten. Uit de aanvraag voor embolisatie volgt dat de behandeling primair werd uitgevoerd met het oog op een mogelijke invloed hiervan op de fertiliteit van verzoeker. De samenhang tussen varicocèle en een verminderde vruchtbaarheid is echter niet wetenschappelijk aangetoond. Het betreft in dit geval daarom geen zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en de behandeling vormt daarom geen verzekerde prestatie die ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Ook Nederlandse ziekenhuizen mogen deze zorg niet declareren ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. De door verzoeker ingebrachte verklaring van de behandelend arts in Gent dat verzoeker klachten ondervond van de varicocèle brengt hierin geen verandering. Duidelijk is dat de behandeling niet om die reden is aangevraagd. Dit wordt onder andere duidelijk uit de opmerking van de behandelend arts dat vier maanden na de ingreep een spermastaal diende te worden afgenomen en onderzocht. Bovendien zouden deze klachten eerder aan het licht zijn gekomen, aangezien verzoeker ook in Nederland al werd onderzocht in verband met zijn kinderwens. Als sprake was geweest van serieuze klachten op dit punt, lag het in de verwachting dat ook in Nederland hiervoor een operatie was voorgesteld.
- 5.3. Op 11 april 2017 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden tussen de echtgenote van verzoeker en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hiervan is de volgende gespreksnotitie gemaakt: *"Achtergrond: Wij lopen in UZ [G]ent voor een IVF traject. Komen net van uroloog de TESE behandeling is al aangevraagd maar nu wil de uroloog eerst dat hij wordt behandeld aan een embolisatie ingreep (spatader op zijn bal) dit om misschien een beter resultaat te krijgen. Geeft ze aan. Deze ingreep kan al op 11 mei maar de uroloog geeft aan te informeren bij CZ.*

Wat is de vraag? Moet dit aangevraagd worden? Onderzoek: Overleg met BTL (...) als de uroloog dit aangeeft dan kostenbegroting insturen ter beoordeling. Eindadvies: Bovenstaande met mevr besproken ze gaat er voor zorgen dat zij dit per mail zsm aanvragen."

Uit deze notitie blijkt niet dat aan de echtgenote van verzoeker de toezegging is gedaan dat de kosten van de embolisatie voor vergoeding in aanmerking komen.

- 5.4. Ook op 8 mei 2017 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden, waarvan de volgende notitie is gemaakt:
"Memo: MB Buitenland: meneer moet een embolisatie behandeling ondergaan in zkh Gent. Dit is vandaag vastgesteld en behandeling staat as donderdag ingepland. Met (...) mb buitenland afgesproken dat als Gent het vandaag via Vecozo stuurt, we nog voor donderdag een uitslag hebben. Verzekerde gaat dit doorgeven aan zkh. Ook stuurt ze zelf een kopie van de aanvraag naar ons emailadres. Aangegeven dat wij voor officiële afhandeling wel de aanvraag vanuit zkh binnen moeten krijgen. [A]lvast bedankt!"

De ziektekostenverzekeraar heeft er begrip voor dat verzoeker, achteraf beschouwd, liever direct had vernomen dat de zorg niet kon worden vergoed. Er is echter terecht door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat een aanvraag kon worden ingediend. Het gaat immers niet per definitie om uitgesloten zorg, aangezien embolisatie in een andere situatie wél verzekerde zorg vormt.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij zich kan voorstellen dat het ergernis oproept als er geen duidelijk antwoord komt. Wel blijft het lastig de telefonische informatievoorziening te reconstrueren. Dat tegenstrijdige of onvolledige informatie is gegeven, is niet gebleken.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;*
- het aanleggen van gips;*

- ECG-onderzoek;
- inzet van een AED (Automatische Externe Defibrillator) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder. (...)

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg. (...)"

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4.3. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, 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 adequate en verantwoorde 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 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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 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 is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.

9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag derhalve of een embolisatie van varicocèle voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden 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 (Population / Patient / Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time) 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 embolisatie van varicocèle is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 19 juni 2018 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut is echter van mening dat de embolisatie is aangevraagd in verband met varicocèle klachten. Deze klachten verdwijnen bijna altijd door het dragen van ondersteunend ondergoed, het vermijden van boxershorts en het gebruik van pijnstilling met NSAID's. Het is niet aannemelijk dat deze maatregelen zijn geprobeerd, omdat er maar enkele dagen liggen tussen de diagnose en de aanvraag. Het Zorginstituut is van mening dat hierdoor onvoldoende is aangetoond dat verzoeker is aangewezen op de gevraagde behandeling. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de haren.
- Aangezien verzoeker geen indicatie heeft voor een embolisatie op grond van de zorgverzekering, heeft verzoeker tevens geen aanspraak op vergoeding op basis van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004, zodat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft besloten hem geen toestemming te verlenen en hem het S2-formulier te onthouden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een embolisatie van varicocèle, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.7. Verzoeker heeft zich erop beroepen dat zijn echtgenote, tijdens een telefoongesprek op 11 april 2017, is toegezegd dat de kosten zouden worden vergoed na indiening van een kostenbegroting en




een behandelplan. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden en notities van het betreffende gesprek en het telefoongesprek op 8 mei 2017 overgelegd.



De commissie overweegt dat bij beide gelegenheden nadrukkelijk is gesproken over het indienen van een aanvraag en een daaropvolgende beoordeling. Het stond dan ook geenszins vast dat toestemming werd verleend. De uitkomst van de beoordeling kon immers ook negatief zijn. Dat verzoeker, in deze wetenschap, ervoor heeft gekozen om, nadat de aanvraag op 9 mei 2017 was afgewezen, het bedrag voor de ingreep te lenen en deze voor zijn eigen rekening te ondergaan, ligt volledig in zijn risicosfeer. De - latere - mededeling dat een herbeoordeling zou volgen maakt dit niet anders.



Conclusie



9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden af.

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2018,



L. Ritzema