



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Zilveren Kruis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : EU/EER, Duitsland, diagnostiek, immunologische testen in verband met herhaalde
miskramen

Zaaknummer : 201600376

Zittingsdatum : 17 augustus 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis (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 ComfortPluspolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Compact is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 diagnostiek in verband met herhaalde miskramen, waaronder immunologische testen, uitgevoerd te Düsseldorf, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, in die zin dat de nota's van de immunologische testen niet worden vergoed. De overige nota's zijn wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Verzoekster had zich reeds voordien, bij klachtenformulier van 9 februari 2016, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend, en heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 8 maart 2016 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).
- 
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 13 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016076656) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat diagnostisch immunologisch onderzoek bij herhaalde miskramen niet standaard is aangewezen, dat uit de diagnostiek geen behandeling volgt en dat niet is aangetoond of immunologische behandeling effectief is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juli 2016 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 17 augustus 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.10. Bij brief van 30 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 12 september 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Diagnostisch immunologisch onderzoek bij herhaalde miskramen voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat uit de diagnostiek geen behandeling volgt en niet is aangetoond dat immunologische behandeling effectief is. In het rapport Medische test uit 2011 heeft het toenmalige College voor zorgverzekeringen aangegeven dat een uiteindelijk positief oordeel over een test met name op aantoonbaar positieve gevolgen voor de aan de gezondheid gerelateerde uitkomsten bij degenen die getest worden, gebaseerd moet zijn. Met andere woorden: een test moet aantoonbare effecten hebben op gezondheidsgerelateerde uitkomsten. Bij de evaluatie van een test beoordeelt het Zorginstituut dit hele traject - de test-plus-behandeling-strategie - op effectiviteit, ook wel omschreven als klinisch nut. De aangedragen artikelen bieden geen bewijs voor het klinisch nut van de onderhavige test. De test voldoet daarom (nog) niet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk. Een afschrift van dit advies is op 23 september 2016 ter kennisname aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend gynaecoloog van het Erasmus MC heeft op 4 februari 2015 over verzoekster verklaard: *"[Verzoekster] bezocht (...) op 02-12-2014 het Herhaalde Miskramen Spreekuur. Patiënte is Para-0. Miskraam-4. De obstetrische voorgeschiedenis vermeldt viermaal een miskraam in het eerste trimester (...) In het kader van de analyse van de herhaalde miskramen is uitgebreid laboratoriumonderzoek ingezet, inclusief karyotypering en trombofilie-onderzoek. Dit leverde geen bijzonderheden op. De anatomie van de uterus (na eerdere abdominale myoomenucleatie) middels echografie is zonder afwijkingen. **Conclusie en beleid:** Paar met onbegrepen herhaalde miskramen. Patiënte bekend met axiale spondylo-arthropathie; Bechterew - arthritis psoriaca en M. Crohn waarvoor wisselende medicatie in de vorm van immuunsuppressiva en tevens wisselend pijnstillinggebruik. Gezien het verzoek om immunologische testen in te zetten in het kader van deze onbegrepen herhaalde miskramenproblematiek heb ik het paar verwezen."*

- 4.2. Verzoekster is bekend met herhaalde miskramenproblematiek. De behandelend gynaecoloog vermoedt dat een verband bestaat tussen de auto-immuunziekten die verzoekster heeft (Bechterew, Crohn en psoriasis) en de herhaalde miskramen. In het Erasmus MC zijn hiertoe enkele testen uitgevoerd, zowel bij verzoekster als bij haar partner. Dit zijn 'standaard' testen die bij eenieder met herhaalde miskramen worden uitgevoerd. Deze testen hebben geen duidelijkheid opgeleverd. De gynaecoloog heeft verzoekster verwezen naar het Kinderwüschzentrum Düsseldorf voor specifiekere, immunologische testen. De - overigens Nederlandse - arts in Düsseldorf is een gynaecoloog. Voorafgaand aan de diagnostiek in Duitsland heeft verzoekster op 18 november 2014 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Bij die gelegenheid werd aan haar medegedeeld dat geen voorafgaande toestemming is vereist, en dat de kosten van de zorg tot maximaal het Nederlandse tarief zouden worden vergoed. Op 12 december 2014 heeft het consult bij het Kinderwüschzentrum Düsseldorf plaatsgevonden. Afsproken is dat bij verzoekster bloedonderzoek en scratching van de baarmoeder zou worden uitgevoerd, en ten behoeve van haar echtgenoot een spermogram. Op 12 januari 2015 heeft het bloedonderzoek in het Kinderwüschzentrum plaatsgevonden, en op 30 januari 2015 scratching van de baarmoeder. De uitslagen van dit onderzoek wijzen op een immunologische reactie.
- 4.3. Het is onduidelijk waarom de immunologische testen niet tot het verzekerde pakket behoren. Verzoekster is namelijk van mening dat de betreffende testen vallen onder medisch specialistische zorg, en niet onder prenatale diagnostiek. Derhalve heeft zij aanspraak op vergoeding van de onderhavige nota's. De in Duitsland uitgevoerde diagnostiek is uitgebreider dan de in Nederland uitgevoerde testen. De diagnostiek aldaar zou als second opinion kunnen worden beschouwd.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de gynaecoloog in Nederland zowel het centrum in Gent als in Düsseldorf kende. De keuze voor een van de centra is bij verzoekster en haar echtgenoot gelaten. Overigens dateert de verwijzing van de gynaecoloog van 2 december 2014. De gynaecoloog heeft deze echter later opgesteld. Verzoekster was niet op de hoogte van het feit dat een voorafgaande verwijzing nodig was, aangezien dit haar in het telefoongesprek van 18 november 2014 niet is medegedeeld. Verzoekster stelt dat van het uitgevoerde bloedonderzoek, bepaalde onderdelen ook in het Erasmus MC worden uitgevoerd bij patiënten met herhaalde miskramen. Zij betwijfelt of de kosten van de onderzoeken in het Erasmus MC worden betaald vanuit het onderzoeksbudget. De vraag is overigens of 'immunologisch onderzoek' de juiste term is. De echtgenoot van verzoekster is eveneens in Düsseldorf onderzocht en de kosten hiervan zijn door zijn zorgverzekeraar vergoed. Daarnaast heeft in maart 2015 onderzoek in het UZ Gent en het Erasmus MC plaatsgevonden, en de kosten hiervan zijn gedeeltelijk vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Per abuis heeft verzoekster niet opgemerkt dat de nota van € 113,63 is verrekend met het eigen risico. Verzoekster heeft voorts gesteld dat de uitgevoerde testen wel degelijk tot de stand van de wetenschap en praktijk behoren. In Pubmed zijn verschillende artikelen te vinden waarin verbanden worden gelegd tussen immunologische factoren en herhaalde miskramen. Daarnaast is er overlap tussen de onderzoeken die hebben plaatsgevonden in het Kinderwüschzentrum Düsseldorf en het Erasmus MC. De onderzoeken in het Erasmus MC zijn wel vergoed. Dit betekent dat een uitsplitsing per bloedonderzoek zou moeten plaatsvinden om te bepalen welke kosten wel, en welke niet dienen te worden vergoed. Deze zorg wordt dus (gedeeltelijk) vergoed in Nederland, én de ziektekostenverzekeraar vergoedt deze zorg in het UZ Gent, omdat dit een gecontracteerde zorgaanbieder is. Tot slot heeft verzoekster toegelicht dat tijdens het telefoongesprek op 18 november 2014 met de ziektekostenverzekeraar geen toestemming is gevraagd of gekregen. Op dat moment was immers nog niet duidelijk welke zorg zou plaatsvinden. Er zijn enkel afspraken gemaakt over de te nemen stappen. Verzoekster zou de nota's achteraf indienen, en de vergoeding zou maximaal het Nederlands tarief bedragen.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft zich, blijkens de nota's, in december 2014 laten behandelen in de kliniek MVZ Düsseldorf GmbH in Duitsland. De behandelingen hadden betrekking op immunologische testen in het kader van diagnostiek bij herhaalde miskramen.

Vaststaat dat verzoekster naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, is 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. Volgens de gegevens van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster voorafgaand aan de onderzoeken in Duitsland niet om toestemming gevraagd. Op 18 november 2014 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar over behandeling in het buitenland. Uit deze contactgegevens blijkt niet dat aan verzoekster is toegezegd dat geen voorafgaande toestemming is vereist en dat de kosten tot maximaal het Nederlandse tarief zouden worden vergoed. Een dergelijke toezegging kan een medewerker telefonisch ook niet doen, omdat bijvoorbeeld geen concrete informatie (zoals een verwijzing) voorhanden is.

Nu verzoekster geen toestemming van de ziektekostenverzekeraar had, blijft op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) de verordening buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 15 verwijst naar artikel 7 waarin is bepaald dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van de stand van de wetenschap en praktijk het volgende aangegeven. Er wordt in onderzoeksverband wel immunologisch getest, in het kader van de REMI II studie die onder andere loopt in het LUMC. Uit de aangehaalde review moet worden afgeleid dat immunologische factoren een rol kunnen spelen, maar dat nog niet helder is of daar ook de oorzaak ligt voor de herhaalde miskramen. Daarvoor is lopend onderzoek nodig en dat leidt ook tot het advies dit alleen te laten doen in gespecialiseerde centra via 'well-designed clinical trials'. Dit laatste duidt er dan ook op dat de financiering daarvan uit het onderzoeksbudget hoort te komen.

Uit het voorgaande blijkt dat de betreffende immunologische testen geen verzekerde zorg zijn. Daarnaast is het de ziektekostenverzekeraar opgevallen dat de verwijzing van de gynaecoloog is gedateerd op 4 februari 2015, terwijl de onderzoeken in Duitsland in december 2014 hebben plaatsgevonden. Voorts blijkt uit de verwijfsbrief dat de huisarts van verzekerde haar naar het Herhaalde Miskramen spreekuur van het Erasmus MC heeft verwezen. De ziektekostenverzekeraar concludeert hieruit dat de verwijzing van de gynaecoloog achteraf is gegeven, terwijl vereist is dat deze voorafgaand aan de behandeling wordt afgegeven.

De kosten van de immunologische testen die zijn uitgevoerd in Duitsland worden niet vergoed. Het is begrijpelijk dat de immunologische testen belangrijk zijn voor verzoekster, maar een uitzondering wordt niet gemaakt.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling verwezen naar het advies van het Zorginstituut. Daarin is een verwijzing naar twee reviews opgenomen en de conclusie is dat geen sprake is van verzekerde zorg. De nota's van € 130,-- en € 113,63 zijn vergoed; de nota van € 1.274,06 niet. De vergoeding van de nota van € 113,63 is verrekend met het eigen risico van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar licht nog toe dat het onderzoek in het LUMC wordt betaald vanuit het ziekenhuisbudget.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 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 in 2014 een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is omschreven in de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering (2014).

In 2015 betreft de zorgverzekering een mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, en voor overige vormen gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is omschreven in de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering (2015).

- 8.3. Artikel 2 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg en onderzoek bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“a Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis

Omschrijving: medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

*Verwijzing: huisarts, verloskundige als het verloskundige zorg betreft, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), optometrist als het om oogzorg gaat of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
(...)”*

Artikel 29 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering (2015) is van gelijke strekking.

- 8.4. Artikel 1 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering (2014) regelt de aanspraak op huisartsenzorg. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving: zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden. Deze zorg omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Zorgverlening: huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts of onder een huisartsendienstenstructuur werkzaam is.

*Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.
(...)"*

Artikel 36 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering (2015) is van gelijke strekking.

- 8.5. Artikel 15 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering (2014) regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

(...)

5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.

(...)"

Artikel 15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2015) is van gelijke strekking.

- 8.6. In artikel 7 (2014) en artikel 1 (2015) van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is omschreven dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.7. Voormelde bepalingen uit de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 (2014) en artikel 1 (2015) van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 2 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.9. 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.

8.10. 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, 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. Partijen verschillen er niet over van mening dat verzoekster geen voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd, zodat de verordening buiten toepassing blijft en het recht op vergoeding dient te worden beoordeeld aan de hand van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

9.2. Verzoekster heeft zich in verband met herhaalde miskramen gewend tot het Erasmus MC. Aldaar is de problematiek geanalyseerd en heeft laboratoriumonderzoek plaatsgevonden. De conclusie van de behandelend gynaecoloog van het Erasmus MC is "onbegrepen herhaalde miskraamproblematiek". Uit de verklaring van de gynaecoloog blijkt voorts dat verzoekster (en haar echtgenoot) op haar verzoek is doorverwezen voor immunologische testen. Vaststaat dat de in Düsseldorf uitgevoerde diagnostiek verschilt van die in Nederland. De diagnostiek in Düsseldorf is specifiek en uitgebreider. De term 'immunologische testen' is in die zin juist en zal daarom in het vervolg worden gehanteerd. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de eerste vraag die beantwoording behoeft of immunologische testen in verband met herhaalde miskramen, zoals die ten behoeve van verzoekster hebben plaatsgevonden, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, 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 behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling 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 zorgverzekeraars 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 behandeling in binnen- en buitenland. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek

methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.4. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten. Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige diagnostiek is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in de adviezen van 14 juli 2016 en 12 september 2016 verwoord. De conclusie van de adviezen is dat immunologische testen in verband met herhaalde miskramen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt de adviezen van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.6. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoekster aanvankelijk de gebruikelijke aanpak c.q. behandeling bij herhaalde miskramenproblematiek doorlopen. De behandelend gynaecoloog heeft na het 'standaard' onderzoek - waaronder de immunologische testen niet vallen - een duidelijke conclusie getrokken ("onbegrepen herhaalde miskramen"). Een behandeling is niet voorgesteld en uit de stukken blijkt evenmin dat pogingen zijn gedaan voor het realiseren en volbrengen van een zwangerschap. Voorts is gesteld noch gebleken dat de behandelend arts in Düsseldorf na de immunologische testen aan verzoekster een behandeling heeft voorgesteld. Integendeel, verzoekster heeft zich vervolgens met haar echtgenoot gewend tot een kliniek in Gent. De immunologische testen die in Düsseldorf hebben plaatsgevonden hebben zodoende geen klinisch nut, waaronder wordt verstaan: aantoonbare effecten op gezondheidsgerelateerde uitkomsten. Los daarvan geldt dat de uitkomst van (immunologische) testen kan leiden tot keuzes voor de toekomst ten aanzien van een kindwens. Deze sociaal-emotionele keuzes, hoe wezenlijk ook voor betrokkenen, zijn echter niet van belang bij de beoordeling van het klinisch nut van een test. Het vorenoverwogene betekent dat de kosten van de onderhavige diagnostiek niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Werking privaatrecht

- 9.8. Verzoekster heeft voorafgaand aan de onderhavige zorg telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Bij die gelegenheid zou haar zijn medegedeeld dat de zorg tot maximaal het Nederlandse tarief wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat op 18 november 2014 een telefoongesprek met verzoekster heeft plaatsgevonden, doch dat uit de betreffende contactregistratie echter niet blijkt dat aan verzoekster is toegezegd dat de zorg tot maximaal het Nederlandse tarief wordt vergoed.

- 9.9. Verzoekster heeft geen feiten en omstandigheden gesteld die aannemelijk maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een toezegging als vorenvermeld is gedaan. Zo is door verzoekster in het bijzonder niet aangegeven met wie zij bij die gelegenheid heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.
- De stelling dat de onderhavige zorg door de ziektekostenverzekeraar zou zijn vergoed indien deze in het - door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde - UZ Gent was genoten, is door verzoekster evenmin aannemelijk gemaakt.
- Voorts is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de onderhavige zorg, anders dan in de setting van een onderzoek, door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed indien deze wordt geleverd door een Nederlands ziekenhuis.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 oktober 2016,

P.J.J. Vonk