

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E, tegen C en F beide te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, IVF
Zaaknummer : 2009.00805
Zittingsdatum : 2 december 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E,

tegen

1) C en

2) F beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 30 januari 2009 de kosten verbonden aan de tweede poging IVF en de daaraan verbonden consulten, uit te voeren in Leuven (België) slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.668,85 respectievelijk € 136,50 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuze polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft in Leuven een eerste IVF-behandeling ondergaan. Deze behandeling had zij vooraf aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar is verteld dat alle bijkomende consulten vergoed zouden worden. De ziektekostenverzekeraar heeft toegegeven een fout te hebben gemaakt, en heeft overeenkomstig de toezegging uitgekeerd. De eerste poging IVF heeft niet tot een zwangerschap geleid. Verzoekster wenst daarom een tweede behandeling te ondergaan, eveneens uit te voeren in Leuven. Zij heeft aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van deze tweede poging IVF en de daaraan verbonden consulten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld de aanvraag slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.668,85 respectievelijk € 136,50, in te willigen.
- 3.3. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handha-

ven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 10 augustus 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 14 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 oktober 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 oktober 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 november 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29113026) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tweede poging IVF heeft vergoed volgens de geldende DBC's, waardoor verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 december 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 9 december 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij zich vooraf goed heeft laten informeren over de diverse mogelijkheden op het gebied van IVF en ICSI. Een definitieve keuze heeft zij eerst gemaakt, nadat door de ziektekostenverzekeraar duidelijkheid was verschaft over de hoogte van de vergoeding. Achteraf blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster foutief heeft geïnformeerd, en dat zij op grond van de polisvoorwaarden recht heeft op een lagere vergoeding dan

die haar is toegezegd. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar niet op zijn eerdere toezegging kan terugkomen, gezien de financiële consequenties die dit met zich brengt.

- 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat er geen discussie bestaat over het feit dat door de ziektekostenverzekeraar fouten zijn gemaakt met betrekking tot de eerste poging IVF. De ziektekostenverzekeraar heeft een deel van de nota's vergoed. De consequentie van deze fout met betrekking tot de tweede poging IVF is dat verzoekster niet meer terecht kon bij de arts waarbij zij de eerste poging had ondergaan. Zij zou dan wederom voor een andere arts moeten kiezen, die dan de derde in de rij zou worden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat uit de brief van 18 oktober 2008 van verzoekster blijkt dat zij op verschillende manieren, namelijk via internet en kennissen, informatie heeft verzameld over de IVF-behandelingen. Daarna heeft zij bewust gekozen voor de arts in Leuven. Eerst daarna is contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag hoe hoog de vergoeding zou zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie onjuiste informatie gegeven over de hoogte van de vergoeding bij een IVF-poging in Leuven. Deze onjuiste informatie is recht getrokken en vele nota's die in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking komen zijn toch betaald. Daarnaast is aan verzoekster medegedeeld dat elke IVF-behandeling apart moet worden aangevraagd. Nu achteraf blijkt dat de vergoeding voor de behandeling in Leuven niet toereikend is, heeft verzoekster de keuze om in Nederland de tweede behandeling te ondergaan. Verzoekster gaat echter bewust niet naar een andere zorgverlener.

De ziektekostenverzekeraar heeft zijn fouten hersteld door vele nota's te vergoeden. Dit betekent echter niet dat ook voor de tweede poging een hoger bedrag dient te worden vergoed dan waar aanspraak op bestaat.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hem enkel bekend was dat alle kosten van de eerste poging IVF waren vergoed. Met betrekking tot de tweede poging merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het niet zo kan zijn dat het verschaffen van verkeerde informatie bij de eerste poging zou leiden tot volledige vergoeding voor de tweede poging. Het gaat om twee – los van elkaar staande - aanspraken. Daar komt bij dat geen medische noodzaak bestond voor een behandeling in België, zodat ook op basis daarvan geen hogere vergoeding kan worden verleend.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is een hoger bedrag dan € 1.668,85 respectievelijk € 136,50 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering. Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

“20.3.2 (...)

- als het gaat om in-vitrofertilisatie (IVF) moet de zorginstelling de wettelijk vereiste vergunningen hebben.*

(...)

20.5 (...)

De volgende zorg vergoeden wij niet:

- a. in-vitrofertilisatiebehandelingen (IVF) na de derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan. Ook de geneesmiddelen die daarbij horen, vergoeden wij niet meer na deze derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan; (...)*”

Artikel 11 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

“11.1 (...)

Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.”

Artikel 0.10 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt welke tarieven worden gehanteerd, en luidt voor zover hier van belang:

“(…)

2. wettelijk tarief

Krijgt u een behandeling van een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken? Dan vergoeden wij de behandeling volgens het wettelijke (maximum-)tarief dat op dat moment geldt op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg.

3. marktconform tarief

Krijgt u een behandeling door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen tarieven hebben afgesproken en bestaat voor die behandeling geen wettelijk (maximum)tarief? In dat geval vergoeden wij de zorg tot maximaal het marktconforme tarief. Dat is het tarief dat voor die zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken. (...)”

- 7.3. De artikelen 20, 11 en 0.10 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 7.4. 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.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van een bedrag ten laste van de zorgverzekering voor de door verzoekster gewenste tweede IVF poging, kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster daarvoor een indicatie heeft, onbesproken blijven.
- 7.7. Voor zover verzoekster stelt dat haar een hogere vergoeding dient te worden uitgekeerd dan € 1.666,85 respectievelijk € 136,50 overweegt de commissie het volgende. Ten aanzien van de IVF-poging heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 07.11.00.0F21.0461 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving: “Reguliere zorg // gespecialiseerde technieken / laboratoriumfase en stimulatie, punctie en terugplaatsing ICSI poliklinisch”. Het betreft een DBC-code uit het A-segment – waarbij de tarieven een gegeven zijn – met een bijbehorend tarief van € 1.668,58 ten tijde van de behandeling. Voor de consulten heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 07.11.00.0V41.0101 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving: “Reguliere zorg // begeleiding graviditeit in tweede lijn / conservatief poliklinisch”. Ook deze code behoort tot het A-segment, en het daarbij behorende tarief bedraagt € 136,50. De gehanteerde codes komen de commissie – gezien de aangevraagde behandeling – juist voor, en zijn in overeenstemming met het advies van het CVZ.
- 7.8. Wat betreft de stelling van verzoekster dat door de ziektekostenverzekeraar fouten zijn gemaakt bij de eerste poging IVF, en dat daarom de kosten van de tweede poging IVF volledig dienen te worden vergoed, oordeelt de commissie als volgt. De ziektekostenverzekeraar heeft beaamd dat fouten zijn gemaakt bij de aanvraag voor de eerste poging IVF. Hij heeft deze fout zoveel mogelijk hersteld door kosten te vergoeden. Door verzoekster worden de kosten van de eerste poging IVF niet gevorderd, zodat aannemelijk is dat ofwel alle kosten zijn vergoed, dan wel dat een en ander naar de tevredenheid van verzoekster is opgelost.
De tweede poging IVF betreft een nieuwe aanvraag. De commissie begrijpt dat verzoekster de voorkeur geeft aan behandeling door dezelfde arts als die de eerste poging IVF heeft begeleid, en het staat verzoekster uiteraard vrij voor deze arts te kiezen, maar zij moet daarbij rekening houden met het feit dat de vergoeding op basis van de verzekeringsvoorwaarden niet alle kosten zal dekken. Bij de eerste poging is zij hierover foutief voorgelicht. Bij de tweede poging was verzoekster daarentegen op de hoogte van een en ander en had zij de extra kosten kunnen besparen door de behandeling in Nederland te laten plaatsvinden. De commissie begrijpt dat zij hiervoor niet heeft gekozen, doch zulks kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 december 2009,

Voorzitter