

Bindend advies

Partijen	: A en B te C, in deze vertegenwoordigd door D vs. E
Zaak	: Geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, TESE, ICSI, hormoonpreparaten, buitenland
Zaaknummer	: 2007.02324
Zittingsdatum	: 14 mei 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.02324 (Geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, TESE, ICSI, hormoonpreparaten, buitenland)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10, 11 en 13 Zvw, artt. 2.1, 2.2, 2.4 en 2.8 Bzv, art. 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv)

1 Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, B te C , hierna te noemen: verzoekster, hierna gezamenlijk te noemen: verzoekers, in deze vertegenwoordigd door D,

tegen

E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2 Verzoekers komen op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 6 september 2006.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige behandelingen waren verzoekers bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis 2006 (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was ten behoeve van verzoekers een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.

3.2. Verzoeker heeft op 20 juni 2006 een TESE-behandeling in het Academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel ondergaan. Verzoekster heeft in de periode 1 juni 2006 tot en met 22 november 2006 in hetzelfde ziekenhuis een ICSI-behandeling ondergaan. Tevens zijn ten behoeve van verzoekster in België hormoonpreparaten aangeschaft. Verzoekers hebben de zorgverzekeraar gevraagd de hiervoor genoemde behandelingen en de hormoonpreparaten te vergoeden (hierna: de aanvraag). De zorgverzekeraar heeft dit bij beslissing van 6 september 2006 afgewezen.

3.3. Verzoekers hebben aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekers meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 2 november 2007 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (verder: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren .
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 30 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2008 aan verzoekers toegezonden.
- 3.7. Bij brief van 12 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd . Het CVZ heeft bij brief van 11 april 2008 de commissie geadviseerd de aanspraak voor zover deze ziet op de TESE-behandeling van verzoeker toe te wijzen tot maximaal het in Nederland geldende tarief en het verzoek voor zover dat ziet op de IVF/ICSI-behandeling en de hormoonpreparaten af te wijzen. Een afschrift van het advies van het CVZ is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekers en de zorgverzekeraar zijn op 14 mei 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 15 mei 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie meegedeeld 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 verzoekers
- 4.1. Verzoekers stellen, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de weigering van de zorgverzekeraar de IVF/ICSI-behandelingen te vergoeden omdat de behandeling niet heeft plaatsgevonden in een Nederlands IVF-centrum, in strijd is met vaste jurisprudentie van het Europese Hof. Daarbij verwijzen verzoekers naar de uitspraak van de Rechtbank Amsterdam, Sector Bestuursrecht, d.d. 12 september 2005.
- 4.2. Voorts zijn door de huidige zorgverzekeraar van verzoekers - verzoekers zijn op 1 januari 2007 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar - de IVF/ICSI-behandelingen van 25 en 26 februari 2007 en 5 maart 2007, welke zijn verricht in hetzelfde ziekenhuis, wel vergoed.
- 4.3. De weigering de in het ziekenhuis te Brussel gegeven hormoonmedicatie - totale kosten € 990,56 - te vergoeden ontbeert een deugdelijke grond. De medicatie vormde een noodzakelijk onderdeel van de IVF/ICSI-behandeling.
- 4.4. Ter zitting is desgevraagd door verzoekers verklaard dat de onderhavige IVF-behandeling de eerste poging betrof .
- 4.5. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt thans, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in 2006 de zorgverzekering alleen de tweede en derde IVF/ICSI-poging per gerealiseerde zwangerschap omvatte. De eerste IVF/ICSI-poging per gerealiseerde zwangerschap maakte in 2006, anders dan in 2007, geen deel uit van de verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering.
- 5.2. De in België aangeschafte hormoonpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking, indien het spoedeisende zorg betreft. Daarvan is in dit geval geen sprake.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar aangegeven, gelet op het advies van het CVZ, alsnog over te gaan tot volledige vergoeding van de kosten van de TESE-behandeling ad € 2.600,00.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekers terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Allereerst constateert de commissie dat de behandeling van 20 juni 2006 betrekking heeft op de door verzoeker in België ondergane TESE-behandeling. De behandeling in de periode van 1 juni 2006 tot en met 22 november 2006 betreft de door verzoekster in België ondergane ICSI-behandeling. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of de door verzoeker ondergane TESE-behandeling, de door verzoekster ondergane ICSI-behandeling en de in België aangeschafte hormoonpreparaten voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering - zoals deze gold in 2006 - in aanmerking komen. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 7 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering in combinatie met de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 2 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"b Niet-klinische medisch specialistische zorg door een ziekenhuis of zelfstandig behandel centrum (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling (poliklinisch of in dagverpleging) door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialisten in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandel-

centrum.

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Verwijzing: huisarts, tandarts of verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden: in vitro fertilisatie, zie lijst van aanspraken artikel 5. a. (. . .)"

De IVF/leSI behandeling is geregeld in artikel 5 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"e In vitro fertilisatie"

Omschrijving: voor vrouwelijke verzekerden het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's volgens de in vitro fertilisatie methode (IVF of ICS), inhoudende de fasen:

(. . .)

Zorgverlening: door een IVF-centrum met een WBMV-vergunning voor IVF.

Prestatie: per te realiseren zwangerschap worden de kosten van de 2e en 3e IVF-poging volledig vergoed.

Verwijzing: gynaecoloog.

Bijzonderheden: • onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een voortgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;

(. . .)"

Farmaceutische zorg is geregeld in artikel 6 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

Omschrijving: farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:

• die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door [zorgverzekeraar]. (. . .)

Zorgverlening: (internet)apotheek, apotheekketens, ziekenhuisapotheek, poliklinische apotheken of apotheekhoudend huisarts.

Prestatie: vergoeding van de kosten op basis van landelijke regelingen zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem, met inachtneming van de eigen bijdrage en behoudens de voorwaarden opgenomen in het [zorgverzekeraar] Reglement Farmacie. Farmaceutische zorg die buiten het kader van de WVG valt wordt vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Voorschrift: arts, tandarts, (tandarts)specialist of verloskundige.

Machtiging: ja, uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig het [zorgverzekeraar] Reglement Farmacie, voorafgaand aan de levering.

Uitsluitingen: de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

• farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen; (. . .)

Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 12 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1 De verzekerde die in Nederland woont en bij tijdelijk verblijf in een ander EU-verdragsland spoedeisende zorg nodig heeft, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daaraan verbonden kosten, volgens de wettelijke bepalingen van dat land. Voor intramurale zorg (gepaard gaande met verblijf) dient contact opgenomen te worden met de [zorgverzekeraar] Alarmcentrale, waarna bepaald wordt of toestemming voor opname kan worden verleend, dan wel repatriëring aangewezen is. Spoedeisende zorg is zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. (. . .)

4 De verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte

kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande, dat [zorgverzekeraar] voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. Bij het beoordelen van de aanvraag voor toestemming wordt gelet op de termijn waarbinnen de gevraagde behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden, het behandelplan alsmede de daarvoor begrote kosten. (. . .)

6 Ten aanzien van de vergoedingen volgens de leden 3 en 4 geldt dat deze nooit de in Nederland geldende tarieven te boven gaan."

7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 4 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.

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 verzekerd 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 zijn aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv.

7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de hiervoor aangehaalde artikelen uit de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering opgenomen verzekerde prestaties stroken met de toepasselijke regelgeving.

TESE-behandeling

7.6. Verzoeker heeft een TESE-behandeling ondergaan. Aanvankelijk had de zorgverzekeraar het verzoek de kosten van deze behandeling, te weten € 2.600,00, te vergoeden, afgewezen. In vervolg op het door het CVZ uitgebrachte advies van 11 april 2008 heeft de zorgverzekeraar tijdens de hoorzitting laten weten alsnog over te zullen gaan tot vergoeding van de kosten. Aangezien een rechtsgeldig tarief nog ontbreekt, worden de kosten volledig vergoed.

7.7. Nu partijen niet langer van inzicht verschillen over de vergoeding van de TESE-behandeling en de kosten daarvan volledig door de zorgverzekeraar worden vergoed, kan deze behandeling verder buiten bespreking blijven.

ICSI-behandeling

7.8. Uit artikel 5 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering blijkt dat, ten tijde van de onderhavige ICSI-behandeling in 2006, alleen aanspraak kon worden gemaakt op vergoeding van de kosten van de tweede en derde IVF/ICSI-poging per te realiseren zwangerschap. In de procedure is gebleken dat de onderhavige ICSI-behandeling de eerste poging betrof.

7.9. Verder verschilt de onderhavige situatie wezenlijk van die in de door verzoekers aangehaalde uitspraak van de Rechtbank Amsterdam, Sector Bestuursrecht van 12 december 2005. In laatstbedoelde situatie kwam de IVF-behandeling in Nederland - onder bepaalde voorwaarden - voor vergoeding in aanmerking, terwijl in de onderhavige situatie de eerste, dan wel vierde en volgende IVF/ICSI-poging per te realiseren zwangerschap per definitie van vergoeding zijn uitgesloten, ongeacht waar en door wie deze behandeling wordt uitgevoerd. Van een belemmering van het vrij verkeer van diensten kan onder de gegeven omstandigheden dan ook niet worden gespro-

ken. Naar het oordeel van de commissie kan niet met een beroep op het vrij verkeer van diensten, zoals verankerd in het EG-vedrag, alsnog de vergoeding van de kosten van de van de aanspraak uitgesloten eerste, dan wel vierde en volgende IVF/ICSI-poging per te realiseren zwangerschap worden afgedwongen .

- 7.10. Gezien het voorgaande kan de vraag of de zorgverzekeraar zich in dit geval- bij zorg in het buitenland - in eerste instantie terecht op het standpunt heeft gesteld dat de zorg niet geleverd is door een zorgaanbieder die beschikt over een WBMV-vergunning, zo hij dit in het kader van de zorgverzekering al gedaan heeft, buiten beschouwing blijven .

Hormoon preparaten

- 7.11. De zorgverzekeraar heeft de vergoeding van de kosten van de in België aangeschafte hormoonpreparaten afgewezen op de grond dat geen sprake is van spoedeisende zorg. De commissie acht dit standpunt onjuist. Op grond van artikel 12 lid 4 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering heeft een verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, ook recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande, dat de zorgverzekeraar voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. De vraag is of een en ander ook dient te leiden tot het oordeel dat de zorgverzekeraar in het onderhavige geval de in België aangeschafte hormoonpreparaten dient te vergoeden. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.
- 7.12. Zoals gezegd, is de vergoeding van farmaceutische zorg geregeld in artikel 6 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Dit artikel verwijst onder meer naar de Rzv. In bijlage 2 van de Rzv zijn voor verschillende middelen criteria voor de verstrekking opgenomen. Voor zover uit de overgelegde nota's kan worden afgeleid gaat het in deze om de vergoeding van Menopur en Suprefact nasale spray. Deze middelen worden gerekend tot de in onderdeel 33 van bijlage 2 van de Rzv genoemde middelen, waarvoor ten tijde van de aanschaf de volgende voorwaarde geldt:

- uitsluitend voor een verzekerde die:

- a. deze geneesmiddelen krijgt ten behoeve van een tweede of derde invitrofertilisatiepoging als bedoeld in het Besluit zorgverzekering, of*
- b. deze geneesmiddelen krijgt voor een andere aandoening dan een vruchtbaarheidsstoornis.*

Uit de overgelegde nota's maakt de commissie op dat de betreffende middelen zijn verstrekt in het kader van een vruchtbaarheidsstoornis. Immers, de nota's spreken onder het kopje "dienst" over fertiliteit. Voorts heeft de advocaat van verzoekers in zijn brief van 2 november 2007 ook verklaard dat de medicatie een noodzakelijk onderdeel vormde van de IVF/ICSI-behandeling. Mitsdien wordt niet voldaan aan de voorwaarde van onderdeel 33 sub b van bijlage 2 van de Rzv.

Aangezien in de procedure is gebleken dat het hier de eerste IVF/ICSI-poging betreft, wordt ook niet voldaan aan de voorwaarde van onderdeel 33 sub a van bijlage 2 van de Rzv.

Gezien het voorgaande moet tot de conclusie worden gekomen dat niet wordt voldaan aan de voorwaarden die gesteld worden aan de verstrekking van Menopur en Suprefact nasale spray, zodat geen aanspraak kan worden gemaakt op de vergoe-

ding van deze middelen ten laste van de zorgverzekering.

- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op IVF/ICSI-behandeling en de hormoonpreparaten, dient te worden afgewezen. De TESE-behandeling wordt alsnog volledig door de zorgverzekeraar vergoed.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, voor zover dat ziet op IVF/ICSI-behandeling en de hormoonpreparaten, af. Aangezien de zorgverzekeraar alsnog overgaat tot volledige vergoeding van de kosten van de onderhavige TESE-behandeling, te weten voor een bedrag van € 2.600,00, hebben partijen geen belang meer bij een advies over deze behandeling.

- 8.2. Gegeven het feit dat een deel van de kosten alsnog door de zorgverzekeraar worden betaald, ziet de commissie reden te bepalen dat de zorgverzekeraar aan verzoekers het entreegeld ad € 37,00 dient te vergoeden.

Zeist, 28 mei 20 08,

Voorzitter