



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A en mevrouw B te C, tegen D  
te E  
Zaak : EU/EER, België, Duitsland, geneeskundige zorg, TESE, ICSI met assisted hatching,  
vergoeding vervoerskosten  
Zaaknummer : 201201627  
Zittingsdatum : 19 maart 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2013)

---

## 1. Partijen

De heer A en mevrouw B te C, hierna te noemen: verzoeker respectievelijk verzoekster, en gezamenlijk: verzoekers,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar voor het jaar 2012 de aanvullende ziektekostenverzekering Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten, en voor het jaar 2013 de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg voor de Zorg Extra 3 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Basisaanvullende regeling is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekers hebben bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een TESE-behandeling, uitgevoerd te Gent (België), ICSI-behandelingen, uitgevoerd te Düsseldorf (Duitsland) en vergoeding van de met deze behandelingen samenhangende vervoerskosten (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 24 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers een machtiging voor een TESE-behandeling afgegeven, inhoudende vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief. Bij brief van 23 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de maximale vergoeding voor een ICSI-behandeling € 1.859,19 bedraagt.
- 3.2. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld zijn beslissing te handhaven, in die zin dat voor een TESE-behandeling € 1.343,21 wordt vergoed, en voor een ICSI-behandeling € 1.859,19.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van de ICSI-behandeling is nagegaan hoeveel de vergoeding zou bedragen indien een S2-formulier zou worden afgegeven.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 31 juli 2013 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de TESE- en ICSI-behandelingen alsnog volledig te vergoeden dan wel hiervoor minimaal vergoeding te verlenen op basis van het Nederlandse

tarief, en te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding voor de vervoerskosten in verband met deze behandelingen dient toe te kennen, een en ander 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 verzoekers het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 december 2013 aan verzoekers gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 30 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 maart 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 januari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 februari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014004474) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar te gelasten nader onderzoek te verrichten. TESE en IVF zijn verzekerde zorg; assisted hatching daarentegen niet. Zittend ziekenvervoer kan enkel worden vergoed indien wordt voldaan aan de geldende criteria. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC voor TESE merkt het CVZ op dat deze niet is terug te vinden in de NZa tariefapplicatie. Dit geldt eveneens voor de gehanteerde DBC voor ICSI. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om na te gaan of verzoekers waren aangewezen op de behandelingen en of deze zijn verlopen volgens de voorwaarden. Daarnaast moet de ziektekostenverzekeraar duidelijkheid scheppen aangaande de gehanteerde DBC-codes voor het berekenen van de vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 25 februari 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 maart 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Verzoekers hebben de commissie bij e-mailbericht van 28 maart 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft bij faxbericht van 10 april 2014 gereageerd op de onder 3.11 bedoelde informatie van verzoekers. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.13. Bij brief van 11 april 2014 heeft de commissie het CVZ (inmiddels Zorginstituut Nederland) afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en van de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut Nederland bij brief van 22 april 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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 verzoekers

- 4.1. Verzoeker is bekend met azoöspermie, en verzoekster met diabetes type 1 en colitis ulcerosa.
- 4.2. In maart 2012 heeft een TESE-behandeling in Gent plaatsgevonden. In juli 2012, december 2012 en maart 2013 zijn in Düsseldorf ICSI-behandelingen met assisted hatching uitgevoerd.
- 4.3. Het is voor verzoekster onmogelijk op een normale manier zwanger te raken. Om die reden hebben verzoekers zich tot diverse medisch specialisten gewend. In januari 2012 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar

geïnformeerd naar de vergoeding voor een TESE-behandeling in Gent en naar wachtlijstbemiddeling. Door een medewerker is hem toen medegedeeld dat hij zich in Gent kon laten behandelen, en dat enkel het eigen risico hiervoor in rekening zou worden gebracht. De behandelend arts in België wenste een betaalgarantie van de ziektekostenverzekeraar te ontvangen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht deze af te geven. Er heeft toen een geruime periode intensief contact tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker plaatsgevonden, waarin hem onder meer werd verzocht om een verwijzing. Hierdoor heeft verzoeker - mede op advies van de medewerker van de ziektekostenverzekeraar - de TESE-behandeling enkele keren moeten verzetten. Uiteindelijk ontving verzoeker op 24 februari 2012 een machtiging voor een TESE-behandeling, inhoudende vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief. Direct daarna hebben verzoekers geïnformeerd naar de vergoeding voor ICSI-behandelingen. In eerste instantie wenste de ziektekostenverzekeraar een offerte voor deze behandelingen te ontvangen. Verzoekers hebben toen aangegeven dat niet precies bekend was wat de behandelingen zouden inhouden, zodat enkel een prijzenoverzicht kon worden toegezonden. Op 6 maart 2013 werd aan verzoekers medegedeeld dat voor een ICSI-behandeling nooit vooraf een machtiging wordt afgegeven. Verzoekers zouden de nota achteraf moeten declareren. De ziektekostenverzekeraar deelde hen tevens mede dat minimaal het Nederlandse tarief van ongeveer € 1.400,- zou worden vergoed, maar dat volledige vergoeding ook mogelijk was. Verzoekers hebben aangegeven dat de arts in Gent een betaalgarantie wenst en dat zij voorafgaand aan de behandeling willen weten hoeveel de vergoeding bedraagt. De ziektekostenverzekeraar weigerde dit. Verzoekers hebben hierop een klacht ingediend. Dit heeft erin geresulteerd dat de ziektekostenverzekeraar duidelijk heeft gemaakt dat de vergoeding voor een ICSI-behandeling € 1.859,19 bedraagt. Dit bedrag geldt per poging, en verzoekster had nog recht op drie pogingen. Verzoekers hebben aangegeven het niet eens te zijn met de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar weigerde in eerste instantie een schriftelijke heroverweging uit te brengen, maar is hier uiteindelijk toch toe overgegaan. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt handhaafde, hebben verzoekers zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.

- 4.4. Verzoekers maken voorts aanspraak op vergoeding van de vervoerskosten in verband met de behandelingen. Het gaat hierbij om de volgende reizen: (i) tweemaal van het woonadres naar Gent v.v. (613,2 kilometer), (ii) zes maal van het woonadres naar Düsseldorf v.v. (2.679,6 kilometer), en (iii) van het woonadres naar Gent, van Gent naar Düsseldorf, van Düsseldorf naar Gent, en van Gent naar het woonadres (812,2 kilometer). Verzoekers hebben het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvoer ingevuld en ondertekend naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat dit formulier onvolledig is ingevuld en opnieuw moet worden ingediend.
- 4.5. Er hebben twee ICSI-behandelingen in Düsseldorf plaatsgevonden, die niet in een zwangerschap hebben geresulteerd. Verzoekers zijn thans weer onder behandeling in Nederland, mede vanwege het feit dat het betrekken van zorg in het buitenland tot veel problemen met de ziektekostenverzekeraar leidde. De tweede poging heeft tot vreugde van verzoekers in een zwangerschap geresulteerd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekers aangevoerd dat het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvoer volledig werd ingevuld en dat ervoor is gezorgd dat de behandelend artsen dit formulier hebben ondertekend. Uit het contact met de behandelend arts in Düsseldorf bleek dat deze van de ziektekostenverzekeraar te horen had gekregen dat de kosten niet zouden worden vergoed. Verzoekers stellen dat alles is verstuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Er werd echter medegedeeld dat de stukken niet waren ontvangen. Naar aanleiding hiervan is op 13 maart 2014 het formulier per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Voorts verklaren verzoekers dat alleen in december 2012 bij de terugplaatsing-assisted hatching heeft plaatsgevonden. De eerste keer was hiervan geen sprake. Ook bij de terugplaatsing in maart 2013 vond assisted hatching plaats. Verzoekers ervaren het als vervelend dat de kwestie al geruime tijd duurt.
- 4.7. Nadien is door verzoekers het standpunt van de ziektekostenverzekeraar bestreden dat de ICSI-behandelingen geen verzekerde zorg zijn omdat assisted hatching niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Enkel bij de terugplaatsingen op 3 december 2012 en 7 maart 2013 is assisted hatching toegepast. De overige ICSI-behandelingen zijn zodoende verzekerde zorg. Verzoekers beroepen zich nadrukkelijk op de voorwaarden van de zorgverzekering waarin is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland tot maximaal het Nederlandse tarief. Bovendien biedt de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding van € 1.000,- voor de geldende eigen bijdrage. Genoemd bedrag is per persoon. Daarnaast biedt de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vervoer van organen en weefsel. Verzoekers verklaren dat in 2012 voor totaal 6.355,8 kilometer aan ziekenvervoer heeft plaatsgevonden. De vergoeding bij eigen vervoer bedraagt in 2012 € 0,30 per kilometer, zodat

aanspraak bestaat op vergoeding van € 1.906,74 (6.355,8 x € 0,30). In 2013 heeft voor totaal 2.247,6 kilometer aan ziekenvervoer plaatsgevonden. De vergoeding bij eigen vervoer bedraagt in 2013 € 0,31 per kilometer, zodat aanspraak bestaat op vergoeding van € 696,75 (2.247,6 x € 0,31). Het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer is ondertekend door de zorgverlener in Düsseldorf. De zorgverlener in Gent heeft helaas niet gereageerd op het verzoek genoemd formulier te ondertekenen. Verzoekers zijn tweemaal in Gent geweest. Zij verklaren tot slot dat de doorgestreepte ritten op het formulier wel degelijk zijn gemaakt. Deze hielden verband met echoafspraken in Düsseldorf.

4.8. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft in januari 2012 een verzoek tot wachtlijstbemiddeling ingediend. Op 16 februari 2012 is verzoeker telefonisch medegedeeld dat de machtigingsaanvraag is goedgekeurd. Verzoeker gaf toen aan dat hij snel terecht kon in Gent. Op 24 februari 2012 heeft de medewerker verzoeker een e-mail gezonden waarin is vermeld dat de kosten van de TESE-behandeling worden vergoed tot maximaal het Nederlandse tarief. De stelling van verzoeker dat de kosten van de TESE-behandeling met inachtneming van het eigen risico volledig worden vergoed, is onjuist, aangezien de medewerker heeft verklaard dat eerst na de behandeling wordt bepaald hoeveel de vergoeding bedraagt.
- 5.2. Verzoekers hebben daarnaast geïnformeerd naar de vergoeding voor ICSI-behandelingen. Op 24 februari 2012 is aan verzoekers verzocht voor deze behandelingen een aanvraag in te dienen. Dit is geschied, en de aanvraag is voorgelegd aan de medisch adviseur. Op 6 maart 2012 is aan verzoekers medegedeeld dat vooraf geen machtiging wordt afgegeven, en dat minimaal € 1.400,- wordt vergoed voor een ICSI-behandeling. De ziektekostenverzekeraar merkt ten aanzien van de gang van zaken op dat op basis van de aanvraag geen goedkeuring kon worden verleend, maar slechts een indicatie van de vergoeding.
- 5.3. Verzoekers hebben zich in eerste instantie tot de instelling in Gent gewend voor een gecombineerde TESE/ICSI-behandeling. Deze specifieke behandeling kan in Nederland niet worden uitgevoerd. Er is geen S2-procedure gevolgd, omdat de wettelijke eigen bijdrage voor een ICSI-behandeling in België veel hoger is dan in Nederland. Het was volgens de medisch adviseur daarom niet nodig een S2-procedure te starten.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekers tijdig en correct zijn geïnformeerd over de vergoedingen. Van de telefoongesprekken die verzoekers hadden met de afdeling zorgbemiddeling zijn registraties overgelegd. Dergelijke registraties zijn helaas niet beschikbaar van de telefonische contacten met de afdeling klachtenmanagement.
- 5.5. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het vervoer per auto van en naar een zorgaanbieder waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn onder de zorgverzekering. Voorwaarde is dat het gaat om een langdurige behandeling waarbij het niet verstrekken of vergoeden van het vervoer leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).
- 5.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent een vergoeding van € 1.000,- voor de wettelijke eigen bijdrage in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland. Het gaat om een tegemoetkoming in de kosten voor de wettelijke eigen bijdrage voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land. De vergoeding van de zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU sociale zekerheidsverordening of het sociale zekerheidsverdrag (afgifte S2-formulier). Bij onderzoek is gebleken dat indien voor de ICSI-behandeling een S2-formulier wordt afgegeven, op grond van het Belgische stelsel een bedrag van € 2.200,- voor rekening van verzoekers komt. Als de kosten daarentegen worden vergoed op basis van de machtiging, komt een bedrag van € 1.740,81 ten laste van verzoekers. Zodoende was het voor verzoekers financieel nadeliger een S2-procedure te starten, en is hiervan afgezien. Van een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is derhalve geen sprake.



- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de e-mail van verzoekers van 13 maart 2014 niet is ontvangen. Indien verzoekers het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer opnieuw toesturen, zal dit direct worden beoordeeld.
- Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat voor de vergoeding van de behandelingen in Düsseldorf is uitgegaan van een DBC uit 2011. De behandelingen vonden echter in 2012 plaats. De vergoeding bedraagt alsdan € 2.536,49. Dit blijkt ook uit het CVZ-advies. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding van € 1.859,19 verleend. Door het ziekenhuis is separaat € 425,01 in rekening gebracht, welk bedrag wordt geacht te zijn begrepen in de DBC, maar toch is vergoed. In totaal is € 2.284,20 vergoed. In beginsel is dit te weinig, doch er is sprake geweest van assisted hatching en dit is geen verzekerde zorg. Daarom zou de gehele behandeling van vergoeding zijn uitgesloten. De ziektekostenverzekeraar gaat niet over tot terugvordering van hetgeen is uitgekeerd, maar ziet onder deze omstandigheden geen grond voor een aanvullende vergoeding. Overigens zijn de kosten van echo's en dergelijke gewoon vergoed. Voor de TESE-behandeling bedraagt de maximale vergoeding € 1.343,21. Ook hier is uitgegaan van een DBC uit 2011. In 2012 was het tarief € 1.232,41. De behandeling is uitgevoerd in een gecontracteerd ziekenhuis en de kosten zijn volledig vergoed, onder inhouding van het eigen risico. Een uitzondering is gemaakt voor de kosten van het transport van het materiaal naar Düsseldorf, doch dit betreft een klein bedrag. Voor de TESE-behandeling is zodoende vrijwel alles vergoed. Het CVZ adviseert de ziektekostenverzekeraar onderzoek te laten doen naar de codes. Dit is gebeurd. Voorts wordt geadviseerd na te laten gaan of verzoekers redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De ziektekostenverzekeraar stelt in dit kader dat de aanwezige informatie ontoereikend is, zodat een dergelijk onderzoek niet kan worden uitgevoerd.
- Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar niet bekend te zijn met de behandeling die verzoekers in Nederland ondergaan.
- 5.8. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op basis van de hardheidsclausule een machtiging wordt afgegeven voor het vervoer van verzoekers naar Düsseldorf. Deze machtiging loopt tot 7 maart 2013. Verzoekers hebben aanspraak op vergoeding van € 0,30 per kilometer in 2012 en € 0,31 per kilometer in 2013. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend. De wettelijke eigen bijdrage is van toepassing. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de ritten die op het formulier staan met het stempel van de zorgverlener worden vergoed, met uitzondering van de ritten die zijn doorgestreept.
- 5.9. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat wat betreft de behandeling in Düsseldorf te laat is opgemerkt dat sprake was van een behandeling die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Dit brengt met zich dat voor de ICSI-behandeling eigenlijk niets had mogen worden vergoed. Er volgt dan ook geen nabetaling. Aangezien genoemde behandeling geen verzekerde zorg is, mogen ook de hiermee samenhangende reiskosten niet worden vergoed. Echter, omdat aan verzoekers vóór de hoorzitting de mogelijkheid is geboden een aanvraag te doen voor vergoeding van ziekenvervoer, is deze toch beoordeeld. De ritten die op het formulier staan met het stempel van de zorgverlener zijn inmiddels vergoed. De ritten die zijn doorgestreept worden niet vergoed, omdat onvoldoende vast staat dat deze ritten zijn gemaakt. Bovendien is al meer vergoed dan eigenlijk zou mogen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het vervoer van TESE-materiaal niet wordt vergoed, omdat dit geen verzekerde zorg is. Anders dan verzoekers stellen, biedt de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor eveneens geen dekking. Vervoer van TESE-materiaal is namelijk geen vervoer van organen of weefsel.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2012-2013) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) 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 TESE- en ICSI-behandelingen volledig dan wel tot het Nederlandse tarief te vergoeden en of de ziektekostenverzekeraar een vergoeding voor de vervoerskosten in

verband met deze behandelingen dient toe te kennen, 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering (2012) en de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering (2013).

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving*

*U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)*

*Door*

*Medisch specialist.*

*Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

*Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*Verwijsbrief*

*Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)”*

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 14 van de zorgverzekering voor het jaar 2013.

8.4. Artikel 17 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)*

*Omschrijving*

*Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. (...)*

*Door*

*Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.*

*Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

*Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*Verwijsbrief*

*Gynaecoloog of uroloog.*

*Bijzonderheden*

*1. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.*

*2. Voor het recht op geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 29, Geneesmiddelen.*

*IVF in het buitenland*

*Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden.*

*Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden."*

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 17 van de zorgverzekering voor het jaar 2013.

- 8.5. Artikel 33 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op zittend ziekenvervoer. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*"Omschrijving*

*U hebt recht op:*

*(...)*

*2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1. U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:*

*(...)*

*e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.*

*(...)*

*Door*

*(...)*

*2. Zittend ziekenvervoer:*

*(...)*

*- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,30 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.*

*(...)"*

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 35 van de zorgverzekering voor het jaar 2013.

- 8.6. Artikel 9 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland*

*Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

*- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*

*- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*

*- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*(...)*

*9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste*

*Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."*

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 9 van de zorgverzekering voor het jaar 2013.

- 8.7. De artikelen 9, 14, 17, 33 en 35 van de zorgverzekering (2012-2013) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2012-2013) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.



Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg voor de situatie dat een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv

- 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 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) betreft zorg in het buitenland en luidt:

*"Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland  
Omschrijving*

*De in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, zoals bijvoorbeeld remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.*

*Vergoeding*

*Ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar."*

Artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) is van gelijke strekking.

- 8.11. Artikel 20 van 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 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. Verzoekers zijn in eerste instantie naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar een TESE-behandeling te ondergaan. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Voorafgaand aan de behandeling hebben verzoekers aan de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader gesteld dat hij niet is overgegaan tot afgifte van een S2-formulier, aangezien dit voor verzoekers financieel nadeliger zou zijn. De commissie is van oordeel dat hetgeen is gesteld door de ziektekostenverzekeraar geen reden voor weigering tot afgifte van een S2-formulier kan vormen. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 26 lid 6 van Vo. nr. 987/2009 tot tarifiering over te gaan. Indien tarifiering leidt tot vergoeding en de daadwerkelijke kosten hoger zijn, hebben verzoekers op grond van de zorgverzekering aanspraak op een aanvullende vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief, voor zover

althans aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan. De commissie bepaalt het Nederlands tarief op € 1.343,21.

Verzoekers hebben er vervolgens voor gekozen in Duitsland ICSI-behandelingen te ondergaan. Ook hier is sprake van planbare zorg in een andere EU-lidstaat, zodat artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing is. Ter zake van deze behandelingen geldt eveneens dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering en - zo het Duitse tarief lager blijkt te zijn - het verlenen van een aanvulling tot het Nederlandse tarief. Met betrekking tot het Nederlandse tarief geldt dat de commissie dit in goede justitie vast stelt op € 2.284,20, het bedrag dat werd uitgekeerd door de ziektekostenverzekeraar zonder dat rekening was gehouden met het feit dat assisted hatching deel uitmaakt van de behandeling.

- 9.2. Verzoekers maken voorts aanspraak op een reiskostenvergoeding. Beoordeeld dient te worden of verzoekers ten tijde van het vervoer behoorden tot één van de in artikel 33 (2012) en 35 (2013) van de zorgverzekering genoemde categorieën van verzekerden die zonder meer aanspraak hebben op zittend ziekenvervoer, dan wel dat zij op dat moment voldeden aan de hardheidsclausule.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat aan verzoekers een machtiging voor vervoer van en naar Düsseldorf is afgegeven op basis van de hardheidsclausule. De vergoeding bedraagt € 0,30 per kilometer in 2012 en € 0,31 per kilometer in 2013. Vervoer van TESE-materiaal komt niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoekers hebben gesteld dat ook het vervoer van en naar Gent dient te worden vergoed alsmede het vervoer van het TESE-materiaal. Dienaangaande overweegt de commissie dat door verzoekers het vervoer van en naar Gent niet aannemelijk is gemaakt. Uit het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer zijn de betreffende ritten niet af te leiden, nog daargelaten dat de declaratie van het betreffende vervoer niet is ondertekend door de behandelend arts. Voorts vormt het vervoer van TESE-materiaal geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Derhalve hebben verzoekers geen aanspraak op een aanvulling op de reeds door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding voor het vervoer.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) biedt aanspraak op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die in een ander EU-/EER-land of verdragsland van toepassing is voor niet-spoedeisende zorg. Voorwaarde is dat de vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar.
- Gelet op hetgeen is overwogen onder 9.1, hebben verzoekers aanspraak op een aanvulling tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor de wettelijke eigen bijdrage ter zake van de in 2012 en 2013 ondergane behandelingen in België en Duitsland. Genoemd bedrag komt uitsluitend bovenop de uitkomst van de tarifiering en hierop bestaat derhalve geen aanspraak in aanvulling op de onderscheiden Nederlandse tarieven voor TESE- en ICSI-behandelingen, hiervoor bepaald op € 1.343,21 en € 2.284,20.
- 9.4. Door verzoekers is nog gesteld dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op vergoeding van vervoer van TESE-materiaal. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. Hiertoe merkt de commissie op dat de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) aanspraak biedt op vervoer in verband met de transplantatie van organen. Dit betreft niet het TESE-materiaal. Zodoende bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer van het TESE-materiaal.


#### **Conclusie**


- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering van de TESE- en ICSI-behandelingen in Gent en Düsseldorf, en - afhankelijk van de uitkomst van de tarifiering - het eventueel verlenen van een aanvullende vergoeding van maximaal € 1.000,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekers te vergoeden.

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.5 is omschreven.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

 Zeist, 14 mei 2014,

 Voorzitter

