

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, IVF/ICSI, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2011.00048
Zittingsdatum : 13 april 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (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 AV Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op behandelingen met IVF/ICSI, uit te voeren te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat iedere poging IVF/ICSI gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van maximaal € 1.880,59 wordt vergoed.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 6 januari 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.880,59 per poging 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 maart 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 maart 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 1 maart 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011023983) 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 zorg ook tijdig in Nederland beschikbaar is, zodat het Nederlands tarief van toepassing is. Door de ziektekostenverzekeraar is de juiste DBC-code gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 april 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 14 april 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 april 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat bij haar partner azoöspermie is geconstateerd en dat daarom een TESE-behandeling is uitgevoerd. Omdat volgens de Nederlandse gynaecoloog IVF/ICSI met TESE-materiaal niet is toegestaan in Nederland, zijn verzoekster en haar partner doorverwezen naar Gent. Verzoekster heeft voorafgaand aan iedere behandeling toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar en deze gekregen. Daarbij is haar medegedeeld dat de vergoeding maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief zou bedragen. Men kon echter vooraf niet toelichten hoe hoog het bedrag zou zijn. Eerst na de tweede poging bleek dat de vergoeding maximaal € 1.880,59 per poging is. De werkelijke kosten bedroegen echter circa € 4.000,-- per poging. Indien verzoekster eerder op de hoogte zou zijn geweest van deze lage vergoeding, zou zij andere keuzes hebben kunnen maken.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar partner op 3 december 2009 is onderzocht in Gent. Daarna kon de behandeling met ICSI plaatsvinden, hetgeen in maart 2010 is gebeurd. Na deze eerste behandeling hebben nog twee behandelingen plaatsgevonden. Inmiddels is verzoekster zes maanden in verwachting.
- 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 dat de behandelingen met IVF/ICSI zijn vergoed tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. De toepasselijke DBC-code is 07.11.00.0F21.0462, met een bijbehorend tarief van € 1.880,59.
- 5.2. Verzoekster heeft in 2009 aan de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming voor een IVF/ICSI-behandeling in Gent. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 december 2009 toestemming voor de eerste poging IVF/ICSI gegeven, onder de voorwaarde dat de maximale vergoeding is gebaseerd op de Nederlandse WMG-tarieven. In de brief van 28 december 2009 is toegelicht wat onder een DBC wordt verstaan. Verder is een lijst met mogelijke DBC-codes meegezonden. Op 19 mei 2010 is onder dezelfde voorwaarden toestemming verleend voor de tweede poging IVF/ICSI.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat de behandeling tijdig in Nederland beschikbaar was. Op de verwijzing van de gynaecoloog staat dat men deze behandeling aldaar niet kon bieden. De betreffende instelling kan deze zorg inderdaad niet leveren. Andere ziekenhuizen in Nederland bieden deze mogelijkheid echter wel.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op 28 december 2009 toestemming is verleend voor de behandeling met ICSI te Gent. Omdat onduidelijkheid bestond over het te vergoeden bedrag, is in overleg besloten het geschil voor te leggen aan de commissie.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.880,59 per poging IVF/ICSI te vergoeden, 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van be-

lang:

“e. In-VitroFertilisatie behandelingen (IVF)

De verzekerde heeft uitsluitend aanspraak op een IVF behandeling als er een medische indicatie voor bestaat (voor zover in overeenstemming met de stand van de wetenschap en praktijk). Voor het tot gelding brengen van aanspraak op een IVF behandeling is voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] vereist.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een doorgaande zwangerschap verstaan. Een doorgaande zwangerschap is te definiëren als een levend embryo van ten minste 12 weken zwangerschapsduur vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat tenminste 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling voor het begrip doorgaande zwangerschap en daarmee wordt de telperiode enkele dagen korter. Indien 3 pogingen niet hebben geleid tot een zwangerschap van minimaal 10 weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, dan is er geen recht meer op een 4^{de} of volgende poging. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na in-vitrofertilisatie – geldt als 1^{ste} poging

Een volledige IVF poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van vier fasen:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;*
- b. de follikelpunctie;*
- c. de bevruchting van eicellen en het wekken van embryo's in het laboratorium en*
- d. het een of meer keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan. (...)*

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, kunt u de benodigde zorg door een buitenlandse zorgverlener of -instelling laten uitvoeren. Als [de ziektekostenverzekeraar] deze zorgverlener of instelling heeft gecontracteerd dan ontvangt u geen nota, zie artikel 8.1. Heeft deze zorgverlener of instelling géén contract met [de ziektekostenverzekeraar] dan ontvangt u wel een nota en vindt vergoeding van de kosten plaats zoals dat in artikel 8.3 is bepaald. (...)”

Artikel 8.3 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Als de zorg die u nodig heeft naar verwachting tijdig kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener en u toch naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat, vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] de zorgkosten gedeeltelijk zoals dat is bepaald in het Reglement Restitutie.”

- 8.3. De artikelen 8.3, 9 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Niet in geschil is dat behandelingen met IVF/ICSI een verzekerde prestatie vormen en dat verzoekster daarvoor een indicatie heeft. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld.

9.2. De vraag die allereerst dient te worden beantwoord, is of de ziektekostenverzekeraar gelet op artikel 22 van de ten tijde van de eerste aanvraag op 7 december 2009 vigerende EG-Verordening 1408/71 gehouden was aan verzoekster een E 112-formulier te verstrekken, zodat zij de keuze heeft tussen vergoeding op basis van het Nederlandse dan wel het Belgische socialezekerheidsstelsel. Uit de verwijzing van de handelend gynaecoloog in Nederland van 24 november 2009 blijkt volgens verzoekster dat de door haar gewenste zorg niet dan wel niet tijdig in Nederland kon worden verkregen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop gemotiveerd verweer gevoerd, stellende dat de verklaring van de arts alleen betrekking heeft op die betreffende instelling. De commissie is gebleken dat ICSI met TESE-materiaal ook in Nederland wordt uitgevoerd, en is van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat de zorg niet tijdig in Nederland kon worden verkregen, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan verzoekster een E 112-formulier te verstrekken. Dit heeft als consequentie dat het Nederlandse tarief van toepassing is.

9.3. Waar het gaat om de hoogte van het tarief, geldt dat de ziektekostenverzekeraar voor het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief is uitgegaan van DBC-

code 07.11.00.0F21.0462 met als omschrijving: "Reguliere zorg // gespecialiseerde Dagbehandeling door gynaecologie technieken / laboratoriumfase en stimulatie, punctie en terugplaatsing ICSI dagopname". Deze code komt de commissie – gelet op de bij verzoekster uitgevoerde behandeling – juist voor. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Van januari tot en met augustus 2010 was dit tarief € 1.580,59 en vanaf september 2010 € 1.562,10. Voor zover de ziektekostenverzekeraar meer heeft vergoed dan waartoe hij op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering was gehouden, zal de commissie in die beslissing niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2011,

Voorzitter