



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Zorgverzekeraar UMC te Arnhem
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, derde en vierde IVF-behandeling, hoogte vergoeding,
verstrekken S2-formulier, zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering,
schadevergoeding
Zaaknummer : 201501234
Zittingsdatum : 20 april 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

N.V. Zorgverzekeraar UMC te Arnhem, hierna 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 UMC 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 UMC Extra Zorg 4 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster was in 2014 verzekerd bij een andere verzekeraar, die behoort tot hetzelfde verzekeringsconcern als de ziektekostenverzekeraar. Onder de dekking van deze verzekering heeft verzoekster een IVF-behandeling (twee IVF-pogingen en een cryo-terugplaatsing) ondergaan, die deels in Nederland en deels in België heeft plaatsgevonden. De kosten hiervan zijn gedeeltelijk door deze verzekeraar vergoed. Met ingang van 1 januari 2015 is verzoekster verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.

3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een derde IVF-poging, uit te voeren in het UZ Gent, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een machtiging verleend voor de eerste tot en met derde IVF-poging, uit te voeren in het UZ Gent. De machtiging geldt voor de periode van 4 februari 2015 tot en met 3 mei 2015. De maximale vergoeding bedraagt € 968,09.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de toegezegde vergoeding te verhogen van € 968,06 naar € 2.306,91, omdat zij niet duidelijk was geïnformeerd over haar behandeling in het buitenland.

3.4. Bij brief van 13 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op vergoeding van een vierde en vijfde IVF-poging. Als de behandeling in het buitenland plaatsvindt, worden deze kosten vergoed tot maximaal 100 percent van het in Nederland geldende tarief. De maximale vergoeding voor 2015 voor een volledige IVF-behandeling is € 2.042,72. Voor een volledige ICSI-behandeling is de vergoeding in 2015 maximaal € 2.317,44. Indien een gedeelte van de behandeling in Nederland plaatsvindt, worden deze kosten hierop in mindering gebracht.

Bij brief van 14 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten van de vierde IVF-poging worden vergoed tot € 968,09.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar de aanvragen voor de eerste vier IVF-pogingen nogmaals heeft beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de eerste twee aanvragen niet correct zijn beoordeeld, waardoor door de vorige verzekeraar aan verzoekster een te hoge vergoeding is toegekend. Voor de derde poging is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot tarifiering. Het daartoe bevoegde orgaan heeft naar aanleiding van het verzoek hiertoe aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat van de nota van € 2.284,51 van het UZ Gent een bedrag van € 204,78 zou zijn vergoed. Tarifiering leidt derhalve niet tot een hogere vergoeding. Ook voor de derde IVF-poging is dus een te hoge vergoeding verleend. Voor de vierde IVF-poging heeft de ziektekostenverzekeraar naar zijn zeggen de juiste vergoeding vastgesteld.
- 3.6. Bij brief van 25 oktober 2015 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).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 december 2015 medegedeeld dat een bedrag van € 1.336,87 aan verzoekster zal worden nabetaald voor de nota van het Maasstad Ziekenhuis voor de vierde IVF-poging. Een afschrift hiervan is op 4 januari 2016 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Bij e-mailbericht van 17 januari 2016 heeft verzoekster de commissie medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 19 januari 2016 een afschrift gestuurd van voornoemd e-mailbericht en heeft hem gevraagd om de eerder opgevraagde aanvullende stukken en - indien gewenst - een reactie op het e-mailbericht.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 februari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2016 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.12. Bij brief van 2 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016015286) bij wege van voorlopig advies aan de commissie medegedeeld dat het in casu niet gaat om een zorginhoudelijke vraag, maar om bepalingen rond de vergoeding en dat daarom het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid heeft. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.13. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.14. De ziektekostenverzekeraar heeft, zoals ter zitting afgesproken, de commissie bij e-mailbericht van 20 april 2016 geïnformeerd over het verstrekken van een E112/S2-formulier. Een afschrift hiervan is op 21 april 2016 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster en haar partner zijn in 2010 behandeld in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam. Dit ziekenhuis heeft haar verteld dat in Nederland geen enkel ziekenhuis het met TESE verkregen zaad wil gebruiken, en adviseerde daarom een behandeling die deels in Gent zou worden uitgevoerd. In Gent hebben de ICSI en de terugplaatsing plaatsgevonden, de rest van de behandeling is in het ziekenhuis te Rotterdam uitgevoerd. De toenmalige verzekeraar heeft een E112-formulier verstrekt, en de kosten van de behandeling zijn volledig vergoed. In 2014 hadden verzoekster en haar partner opnieuw een kinderwens. Daarom hebben zij zich weer tot het Maasstad Ziekenhuis gewend. Omdat een nieuwe TESE-behandeling een onzeker resultaat heeft, en in Gent nog acht van de tien rietjes met zaad lagen, kon verzoekster wederom alleen via de eerdere 'route' in het UZ Gent en het Maasstad Ziekenhuis worden behandeld. Verzoekster benadrukt dat zij in Nederland niet kon worden behandeld. Daarom is de ziektekostenverzekeraar verplicht de kosten van deze behandeling volledig te vergoeden.

4.2. Naar aanleiding van de aanvraag voor een nieuwe IVF-poging heeft de ziektekostenverzekeraar een te lage vergoeding toegekend, te weten € 968,09. Nadat verzoekster hierover een klacht had ingediend, is de vergoeding alsnog vastgesteld op € 2.306,91.

4.3. Met haar e-mailbericht van 7 juli 2015 heeft verzoekster een overzicht gegeven van de IVF-pogingen die zij in 2014 en 2015 heeft ondergaan:

- 19 mei 2014, eerste ICSI-poging
- 13 augustus 2014, tweede poging
- 11 oktober 2014, cryo-terugplaatsing
- 16 februari 2015, derde poging
- 11 mei 2015, vierde poging.

4.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toezending van een S2-formulier voor de IVF-pogingen die in 2015 zouden plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds toegezegd dit formulier te verstrekken, maar is hier later op teruggekomen. Ten onrechte is het S2-formulier niet aan haar verstrekt. De ziektekostenverzekeraar was hiertoe wel verplicht, omdat de behandeling niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland kon plaatsvinden.

4.5. Verzoekster vordert thans volledige vergoeding van de vier IVF-pogingen, alsmede een redelijk bedrag - naar de commissie aanmerkt als schadevergoeding - voor administratiekosten, rente, ongemak en tijd.

4.6. Verzoekster meldt in haar e-mailbericht van 17 januari 2016 dat het geschil nog niet is opgelost. Er staat ten eerste nog een geldbedrag open. Voor de eerste drie pogingen is dit ongeveer € 200,- per poging. Voor de vierde poging heeft verzoekster € 2.271,13 betaald, terwijl € 968,09 is vergoed. Daarnaast is de essentie van de klacht nog niet opgelost, te weten dat zij bij aanvang kenbaar heeft gemaakt dat zij alleen in het buitenland kon worden behandeld, en dat de ziektekostenverzekeraar hierop nooit inhoudelijk heeft gereageerd, of hiernaar navraag heeft gedaan. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar telefonisch toegezegd dat voor de vierde IVF-poging een E112/S2-formulier zou worden verstrekt. Dit is echter niet gebeurd.

 Verzoekster merkt op dat zij uiteraard contact heeft opgenomen met de afdeling wachtlijst-bemiddeling. Deze afdeling heeft echter verklaard niets voor haar te kunnen doen, omdat de casus van verzoekster te complex was.

 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de toenmalige verzekeraar in 2010 de kosten van de IVF-behandeling volledig heeft vergoed, omdat sprake was van bijzondere omstandigheden. In 2014 en 2015 was de situatie ongewijzigd. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren verzocht om toezending van een S2-formulier, maar deze is niet toegestuurd. Uiteindelijk is aan haar medegedeeld dat het formulier niet zou worden verstrekt. Verzoekster benadrukt dat aan haar is toegezegd dat een S2-formulier zou worden verstrekt. Verzoekster heeft het gevoel dat de ziektekostenverzekeraar haar wilde ontmoedigen om ook maar iets te declareren. Haar voornaamste klacht is dat nooit inhoudelijk naar haar dossier is gekeken, ook niet door de afdeling Zorgbemiddeling. Het IVF-traject heeft helaas niet het gewenste resultaat gehad. In een moeilijke en emotionele periode heeft het handelen van de ziektekostenverzekeraar verzoekster en haar echtgenoot heel veel kwaad gedaan.

 4.8. 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 merkt op dat voor de eerste twee IVF-pogingen in 2014 een te hoog bedrag is vergoed. Verzoekster heeft namelijk van haar vorige verzekeraar een machtiging ontvangen voor een volledige ICSI-cyclus in het UZ Gent, waaraan een tarief is gekoppeld van € 2.306,91. Dit terwijl een deel van de behandeling (stimulatie en punctie) heeft plaatsgevonden in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam. Dit ziekenhuis heeft de kosten hiervoor rechtstreeks bij de toenmalige verzekeraar gedeclareerd. De verzekeraar heeft deze kosten vergoed, in aanvulling op het bedrag dat in de machtiging is vermeld. Hierdoor is voor deze beide IVF-pogingen teveel vergoed.

 5.2. Voor de derde IVF-poging is in eerste instantie een vergoeding van € 968,09 toegezegd. Bij e-mailbericht van 10 maart 2015 is deze vergoeding verhoogd naar € 2.306,91 - gebaseerd op de in 2014 verleende vergoedingen -, omdat verzoekster niet duidelijk was geïnformeerd over haar behandeling in het buitenland.

 5.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster aanspraak op de vierde (en eventuele vijfde) IVF-poging. Indien deze zorg in het buitenland, i.c. België, plaatsvindt, bedraagt de vergoeding maximaal het Nederlandse tarief. Voor de laboratoriumfase en terugplaatsing geldt in 2015 een tarief van € 968,09. Voor de stimulatie en punctie, waarvoor in 2015 een tarief geldt van € 1.336,87, worden de kosten gefactureerd door het Maasstad Ziekenhuis.

 5.4. Bij brief van 29 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de nota van het Maasstad Ziekenhuis van € 1.336,87 eerder niet is betaald. Deze nota zal alsnog aan verzoekster worden vergoed. De totale vergoeding voor de vierde IVF-poging komt hiermee uit op € 2.304,96. De ziektekostenverzekeraar betreurt de foutieve verwerking van deze nota, en biedt verzoekster hiervoor zijn excuses aan. Daarnaast zal als compensatie voor het ongemak een VVV-cadeaubon aan verzoekster worden gezonden.

 5.5. Aangezien in het verleden reeds meer is vergoed dan waar verzoekster aanspraak op heeft, en dit bedrag uit coulance niet van verzoekster wordt teruggevorderd, is de ziektekostenverzekeraar niet bereid aan verzoekster een schadevergoeding toe te kennen.

 5.6. Verzoekster heeft geen contact gehad met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling met een verzoek tot wachtlijstbemiddeling. De procedure voor wachtlijstbemiddeling wordt uitvoerig vermeld op de website van de ziektekostenverzekeraar.

5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij het vervelend vindt dat verzoekster het gevoel heeft dat hij geen vergoeding wilde verlenen. Hij begrijpt dat de situatie heel pijnlijk is geweest, en biedt hiervoor zijn excuses aan. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat voor de IVF-behandelingen meer is vergoed, dan waarop op grond van de polis aanspraak bestaat. De ziektekostenverzekeraar laat dit in stand en zal geen bedragen terugvorderen van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar erkent dat niet had mogen worden toegezegd dat een S2-formulier zou worden verstrekt. Echter, er is overgegaan tot tarifiering, en hiermee is het niet verstrekken van het S2-formulier achterhaald. De uitkomst van de tarifiering is op 4 september 2015 medegedeeld. Hiermee is voldaan aan de verplichting om na te gaan wat in België zou zijn vergoed voor de onderhavige behandeling. De ziektekostenverzekeraar is voor de vergoeding uitgegaan van de voor verzoekster meest gunstige regeling. Daarnaar gevraagd zegt de ziektekostenverzekeraar toe na te vragen in welke gevallen een S2-formulier wordt afgegeven, en de commissie hierover te informeren.

5.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie met zijn e-mailbericht van 20 april 2016 - zoals afgesproken ter zitting - geïnformeerd over het verstrekken van een E112-/S2-formulier. De ziektekostenverzekeraar is niet verplicht om een E112-/S2-formulier te verstrekken. Dit is anders als hij niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, bijvoorbeeld als de zorg in Nederland niet voorhanden is maar wel is goedgekeurd, of als in Nederland extreem lange wachttijden zijn. In alle andere gevallen mag de ziektekostenverzekeraar zelf beslissen of hij een garantieverklaring of een E112/S2-formulier verstrekt. Bij een garantieverklaring zal de verzekerde zelf de kosten moeten voorschieten en krijgt dan een vergoeding tot maximaal het bedrag waarvoor de garantieverklaring is afgegeven. Achteraf wordt beoordeeld of de behandeling ook is uitgevoerd zoals aangevraagd. Indien een E112-/S2-formulier is verstrekt, wordt de behandeling uitgevoerd zoals dat wettelijk is geregeld in het EU-land waar die behandeling plaatsvindt. Het kan ook voorkomen dat de verzekerde voor de behandeling aan de zorgaanbieder een eigen bijdrage moet betalen. Omdat in Nederland voldoende IVF-zorg is ingekocht door de ziektekostenverzekeraar, is hij niet verplicht om hiervoor een E112-/S2-formulier te verstrekken. Een E112-/S2-formulier voor de desbetreffende zorg in België is minder gunstig voor de verzekerde en wordt daarom niet verstrekt door de ziektekostenverzekeraar. Dit wordt bevestigd door de uitkomst van het tarifieringsverzoek. In de situatie van verzoekster is de voor haar meest gunstige regeling toegepast.

5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van 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 verzoekster aanspraak heeft op volledige vergoeding van de derde en vierde IVF-poging, uitgevoerd in het UZ Gent, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in geschil of verzoekster aanspraak heeft op een schadevergoeding.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst. Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

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

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging. (...)"

8.4. In artikel 9 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"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, hebt u voor zorg recht op:

- 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;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)"*

8.5. De artikelen 9 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 48 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op in-vitrofertilisatie (IVF) en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Vergoeding van de kosten voor een vierde en vijfde in-vitrofertilisatie (IVF) poging per te realiseren zwangerschap als aanvulling op de vergoeding die mogelijk is op grond van de zorgverzekering. De bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen worden vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg in verband met een IVF-behandeling.

Bent u gestart met een vierde of vijfde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden.

(...)

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.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. Ons telefoonnummer vindt u op onze website."

- 8.9. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"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 derde IVF-poging

- 9.1. Verzoekster is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen, in casu de derde IVF-poging. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 10 maart 2015 erkend dat verzoekster hierover onvoldoende is geïnformeerd. Aangezien is nagelaten te beoordelen of verzoekster aanspraak had op verstrekking van een S2-formulier, is de ziektekostenverzekeraar gehouden te tarifieren. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds op 10 maart 2015 verklaard de eerder toegezegde vergoeding te verhogen naar € 2.306,91. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog getarifeerd. Hieruit kwam een tarief van € 204,78. De tarifiering leidt derhalve niet tot een hogere vergoeding.
- 9.2. Op grond van artikel 18 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op de eerste drie IVF-pogingen. In artikel 9 van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het maximale Nederlandse tarief voor een volledige IVF-poging in 2015 € 2.317,44 bedraagt. Aan verzoekster is volgens de ziektekostenverzekeraar voor de derde IVF-poging zowel het bedrag van € 2.306,91 vergoed voor het deel van de IVF-poging dat is uitgevoerd in Gent, als een bedrag van € 1.336,87 voor het deel dat in Rotterdam is uitgevoerd. Verzoekster heeft het voorgaande niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Aangezien aan verzoekster reeds een hogere vergoeding is verleend dan waarop zij op grond van de zorgverzekering recht heeft, heeft zij geen aanspraak op een hogere vergoeding dan reeds is verleend.

Ten aanzien van de vierde IVF-poging

- 9.3. Ten aanzien van de vierde IVF-poging merkt de commissie op dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de eerste, tweede en derde IVF-poging. Aan verzoekster zijn drie IVF-pogingen vergoed. Krachtens de zorgverzekering heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van een vierde IVF-poging. Vo. nr. 883/2004 is niet van toepassing, aangezien deze verordening alleen betrekking heeft op het sociale zekerheidsstelsel van de lidstaten, in dit verband voor Nederland de verzekering op grond van de Zvw. Voor de - niet onder de dekking van de zorgverzekering vallende - vierde IVF-poging kan door de ziektekostenverzekeraar derhalve geen S2-formulier worden verstrekt.
- 9.4. Op grond van artikel 48 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van een vierde IVF-poging. In dit artikel is voorts bepaald dat ook recht bestaat op vergoeding indien de IVF-poging in het buitenland wordt uitgevoerd. In dat geval bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het Nederlandse tarief voor de laboratoriumfase en terugplaatsing (met behulp van ICSI) € 968,09 bedraagt, hetgeen door verzoekster niet is weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Voornoemd bedrag is reeds aan verzoekster toegekend. Hiermee heeft zij de vergoeding ontvangen waarop zij volgens de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft.

Schadevergoeding

- 9.5. Aangezien het verzoek dient te worden afgewezen, bestaat voor het toekennen van een vergoeding van schade geen grond.



Conclusie



9.6. 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 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester