

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, TESE
Zaaknummer : ANO08.086
Zittingsdatum : 27 februari 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.086 (Geneeskundige zorg, Testiculaire Sperma Extraktie (TESE), 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, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 23 januari 2007 de kosten verbonden aan een TESE-behandeling bij azoöspermie in Brussel (België) niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 23 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de TESE-behandeling wordt vergoed tot maximaal 100% van het in Nederland geldende Wmg-tarief, of bij het ontbreken daarvan, het in de Nederlandse gezondheidszorg voor de betreffende medische zorg gangbare of gebruikelijke tarief.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de TESE-behandeling tot een bedrag van € 145,85 wordt vergoed, hetgeen bij brief van 25 juli 2007 is verhoogd naar een bedrag van € 984,35.
- 3.4. Bij brief van 14 mei 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige rekening van € 2.600,00 voor de TESE-behandeling in Brussel te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 25 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2007

aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 25 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (verder CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Eveneens bij brief van 25 oktober 2007 is verzoeker in gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Het CVZ heeft bij brief van 23 november 2007 de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat uitgaat boven het bij de DBC-code 06.11.08.0065.0312 horende tarief van € 984,35, af te wijzen. Een afschrift van dit advies is op 4 februari 2008 aan verzoeker gezonden. De zorgverzekeraar heeft met de uitnodiging voor de hoorzitting een afschrift van het CVZ-advies ontvangen.
- 3.10. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 19 februari 2008 afgezien. De zorgverzekeraar heeft op 19 februari 2008 telefonisch kenbaar gemaakt eveneens af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker, die ten tijde van de behandeling woonachtig was in Frankrijk, is in verband met azoöspermie en een bestaande kinderwens sinds 2003 onder behandeling. In december 2006 heeft een TESE-behandeling plaatsgevonden in het Universitair Ziekenhuis Brussel (België). In januari 2007 is dit gevolgd door een ICSI.
- 4.2. Verzoeker heeft de TESE-behandeling gedeclareerd bij de zorgverzekeraar en kan zich niet vinden in de op 25 juli 2007 toegezegde hoogte van de vergoeding, te weten € 984,35. Hij stelt dat een poliklinische operatie onder volledige narcose, nog los van de TESE-behandeling, in Nederland méér kost dan het door hem gedeclareerde bedrag van € 2.600,00. Voorts stelt hij dat in de voorwaarden van de ziektekostenverzekering van 2003 is opgenomen dat de kosten van operatieve ingrepen inzake fertiliteitsbevorderende behandelingen volledig worden vergoed. Hij concludeert dat de onderhavige nota dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat voor geneeskundige zorg in het buitenland maximaal 100% van de in Nederland geldende Wmg-tarieven wordt vergoed. Voor de TESE-behandeling wordt, na de herbeoordeling van 25 juli 2007, op grond van de DBC-code met bijbehorende tarifiering, € 984,35 vergoed. De zorgverzekeraar concludeert dat niet méér dan dit bedrag voor vergoeding in aanmerking komt.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie niet bevoegd.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg is geregeld in artikel 13 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 15 bepaalt wanneer aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...).

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, (...), medisch specialist.

Machtiging:

ja."

- 7.3. Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"9.1.2 Verzekerde woonachtig in een ander EU-/EERland of verdragsland dan Nederland

De verzekerde die woonachtig is in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- (...);*
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;*
- (...);*
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

(...)

9.3 Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf

9.3.1 Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- (...);*
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar in dat*

land is gecontracteerd;

• vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden."

- 7.4. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 12.4 van de zorgverzekering en deze bepaling luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders:

(...)

Medisch specialistische zorg (artikel 15-21) die geleverd worden door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;

(...)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement Restitutie. Het Reglement Restitutie maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook de website van de zorgverzekeraar.

De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding wordt een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht."

- 7.5. Artikel 2 van het Reglement Restitutie 2006 van de zorgverzekeraar bepaalt ten aanzien van de hoogte van de vergoedingen:

"Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn of zouden zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders:

- Huisartsenzorg;

- Verloskundige zorg die geleverd wordt door een huisarts;

- Medisch specialistische zorg die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;

(...)

In de gevallen waarin voor de betreffende zorg Wtg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2005 gelijk aan het Wtg-tarief dat geldt in het jaar 2005."

- 7.6. Bovenstaande bepalingen zijn volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv.
- 7.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met de gedeeltelijke vergoeding van de onderhavige geneeskundige behandeling in België, is deze vraag, alsmede de vraag naar de (verzekerings)indicatie, de doelmatigheid en het voldoen aan de overige (administratieve) voorwaarden in dit specifieke geval immers niet meer van belang.
Overigens blijkt uit het advies van het CVZ van 19 december 2006, nr. GS/26100379, RZA 2007/4, dat de TESE-behandeling inmiddels behoort tot de te verzekeren prestaties in het kader van de zorgverzekering en dat de kosten van de TESE-behandeling ten laste van de zorgverzekering van de man komen. De kosten van de IVF/ICSI komen ten laste van de zorgverzekering van de vrouw.
- 7.10. Rest de beantwoording van de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd de kosten van de TESE-behandeling in het fertiliteitcentrum van het Academisch Ziekenhuis VUB te Brussel te vergoeden. Ten tijde van de TESE-behandeling was verzoeker woonachtig in Frankrijk, zodat sprake is van zorg in een ander EU/EER-land dan het woonland van de verzekerde. Voorts is in de procedure niet gebleken dat de zorgverzekeraar het fertiliteitcentrum van het Academisch Ziekenhuis VUB te Brussel heeft gecontracteerd voor de TESE-behandeling. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar niet gevraagd naar de mogelijkheid de zorg geleverd te krijgen door een wél door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Voor vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling is, ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering, het regelde in artikel 12.4 van de zorgverzekering van toepassing.
- 7.11. Op grond van artikel 12.4 van de zorgverzekering, in combinatie met het restitutiereglement van de zorgverzekeraar, kan verzoeker, aangezien ten tijde van de TESE-behandeling daarvoor geen Wtg-tarieven (thans Wmg-tarieven) golden, aanspraak maken op vergoeding tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders.
Niet gebleken is dat in 2005 tarieven zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders voor de TESE-behandeling, hetgeen overigens ook niet zo uitzonderlijk is, aangezien op dat moment, alsmede ten tijde van het uitvoeren van de onderhavige TESE-behandeling, hiervoor in Nederland een moratorium bestond. Een en ander betekent dat voornoemd artikel 12.4 onvoldoende aanknopingspunten biedt

voor de berekening van de door verzoeker te ontvangen vergoeding.

Teneinde daarmee de aanspraak van verzoeker niet illusoir te maken, sluit de commissie – aangezien de onderhavige zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving – voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding in dit specifieke geval aan bij de in artikel 2.2 van het Bzv opgenomen regeling ten aanzien van de restitutieverzekering. Laatstgenoemd artikel gaat voor de bepaling van de hoogte van de vergoeding, indien een Wtg-tarief ontbreekt, uit van het marktconforme Nederlandse tarief.

- 7.12. Het CVZ heeft in zijn hierboven in 3.9 genoemde advies geadviseerd, gezien de aard van de ingreep, aansluiting te zoeken bij de in dit geval meest passende DBC-code, te weten 06.11.08.0065.0312 (reguliere zorg / infertiliteit / variococcele / open operatie / met dagopname). Onder de gegeven omstandigheden, volgt de commissie het CVZ hierin. Het ten tijde van de onderhavige behandeling bij deze DBC-code behorende tarief is € 984,35. Dit bedrag is reeds door de zorgverzekeraar aan verzoeker vergoed.
- 7.13. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het – anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen.
- 7.14. Voor zover verzoeker een beroep doet op de polisvoorwaarden van 2003 oordeelt de commissie dat die voorwaarden niet meer van toepassing zijn, aangezien de betreffende ziektekostenverzekeringen van vóór 1 januari 2006 met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet van rechtswege zijn komen te vervallen voor zover de dekking gelijk is aan het verzekerde pakket ingevolge de Zvw. Voor de betreffende particuliere verzekering betaalde verzoeker ten tijde van de behandeling overigens geen premie meer, zodat aan de verzekering ook geen rechten kunnen worden ontleend.
- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 februari 2008,

Voorzitter