

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD)
Zaaknummer : 2007.0757
Zittingsdatum : 21 november 2007

Zaak: 2007.0757, geneeskundige zorg, buitenland, pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 20 november 2006 inzake de hoogte van de vergoeding van behandelingen pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD) met intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) in Brussel (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Basis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 20 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar gewenste behandeling wordt vergoed tot maximaal het Nederlandse tarief voor een IVF-behandeling, indien althans is voldaan aan de overige voorwaarden van de zorgverzekering.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 2 april 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de rekeningen voor de onderhavige behandeling in Brussel te vergoeden tegen een hoger tarief.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 19 juni 2007 en 14 september 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 6 juli 2007 en 17 september 2007 aan verzoekster gezonden .
- 3.7. Bij brief van 24 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 24 september 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt via een telefonische hoorzitting.
- 3.9. Het CVZ heeft op 19 oktober 2007 zijn advies gegeven en de commissie geadviseerd voor de PGD een apart tarief vast te stellen, naast de vergoeding voor de ICSI. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 november 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. Bij brief van 11 januari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het CVZ bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is een 29-jarige vrouw, en draagster van het fragiele X-syndroom. Hierdoor is het voor haar bijna niet mogelijk om op een natuurlijke manier kinderen te krijgen, omdat de kans groot is dat het kind gehandicapt dan wel drager van het fragiele X-syndroom zal zijn. Om toch zwanger te kunnen worden van een gezond kind, wil zij gebruik maken van van ICSI, gevolgd door pre-implantatie genetische diagnostiek (hierna: PGD). Hierbij wordt het embryo, vóór terugplaatsing in de baarmoeder, onderzocht op genetische afwijkingen.
- 4.2. Verzoekster heeft deze behandeling laten uitvoeren in het Academisch Ziekenhuis in Brussel (België). De kosten bedragen daar € 5.600,00. De door de zorgverzekeraar voorgestelde vergoeding van € 1.327,65 voor de ICSI plus een bedrag van € 706,00 voor de PGD, is haars inziens niet het maximale Nederlandse tarief. De door het Academisch Ziekenhuis Maastricht geschatte kosten kwamen namelijk neer op € 4.000,00, exclusief de benodigde medicatie. Verzoekster is van oordeel dat de zorgverzekeraar meer dient te vergoeden dan de door hem toegezegde € 2.033,65.
- 4.3. Tijdens de hoorzitting heeft de partner van verzoekster aangevoerd dat zijdens de zorgverzekeraar per email een toezegging is gedaan dat volledige vergoeding zou plaatsvinden. Nadien heeft verzoekster overgelegd een emailwisseling van 7 juni 2007, die door de commissie vervolgens aan de zorgverzekeraar is doorgeleid.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van mening dat het door hem vastgesteld bedrag van € 2.033,65 het maximaal in Nederland te vergoeden tarief is. Het bedrag is samengesteld uit € 1.327,65 voor een ICSI-behandeling, hetgeen overeenkomt met het daarvoor geldende tarief van de DBC-code voor een IVF-behandeling, en een bedrag van € 706,00 voor de PGD, gekoppeld aan tariefnummer 191119. De zorgverzekeraar concludeert dat hiermee het juiste totaal bedrag voor de behandeling is vastgesteld.
- 5.2. Met betrekking tot de machtiging die is afgegeven merkt de commissie op dat het hier geen blanco machtiging betreft op grond waarvan verzoekster aanspraak kan maken op de volledige vergoeding van de gehele behandeling.

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.
De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het 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 omschreven 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). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen - dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt - is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. In lid 1 staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (. . .) medisch specialisten (. . .) die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (. . .) met dien verstande dat:

a. de zorg niet omvat:

(. . .)

2. de eerste dan wel vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap. "

Lid 6 regelt het erfelijkheidsonderzoek en bepaalt:

*"Geneeskundige zorg omvat ter zake van erfelijkheidsonderzoek:
(. . .)*

*c. chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidsonderzoek en
DNA-onderzoek;
(. . .)*

Na lid 8 in het derde blok is bepaald:

*"Voor bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die ple-
gen te bieden, niet behorend tot het DBG segment B en niet van plastisch-chirur-
gische aard*

Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch Specialist (. . .)

Op voorwaarden van Verwijzing door huisarts, medisch specialist (. . .)

Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: website. "

In artikel 10 wordt onder a bepaald:

*"Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8 heeft verzekerde op een zorg vorm
slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewe-
zen."*

Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

*"De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat
wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken
van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als ver-
antwoorde en adequate zorg en diensten."*

7.3 De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt be-
trokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 on-
der b van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

*"Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-
gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze
zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet-
gecontracteerde zorgaanbieder' is bepaald. "*

7.4. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder e en f
van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

*"e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake
van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en
bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktom-
standigheden passend zijn te achten. (. . .)*

7.5. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de
zorgverzekering Voor zover hier van belang wordt daarin bepaald:

*'Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepas-
sing gegeven aan EG-Verordening 1408/71 (. . .)*

*a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kos-
ten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.*

b. In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.

(. . .)

e. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woon land, volledige vergoeding van kosten van zorg plaats. „

- 7.6. De regeling van de artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.7. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 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 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 is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, alsook die van de vraag naar de indicatie in dit geval niet langer in geschil zijn. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 14 september 2007 voor de PGD in combinatie met IVF/ICSI, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag of het hier gaat om een verzekerde prestatie, alsmede de vraag of verzoekster een indicatie heeft, feitelijk bevestigend beantwoord.
- 7.10. Rest enkel nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Ten aanzien van de ICSI heeft het volgende te gelden. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 07.11.00.0F21.0362 ziet op een IVF. De commissie oordeelt dat de zorgverzekeraar de DBC-code die ziet op een ICSI (een bijzondere vorm van IVF) had behoren toe te passen. Deze DBC-code 07.11.00.0F21.0462, is een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 2.017,19 ten tijde van de aanvraag.
- 7.11. Het bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest.
Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorg autoriteit 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.

- 7.12. Met betrekking tot de PGD oordeelt de commissie als volgt. In Nederland is het Academisch Ziekenhuis in Maastricht (hierna: AZM) het enige vergunning houdende ziekenhuis voor het uitvoeren van deze bijzondere medische verrichting, die wordt bekostigd vanuit een subsidieregeling. Daarom is voor de PGD geen DBC-code vastgesteld en bestaat er geen WTG-tarief als bedoeld in artikel 11 van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar is van oordeel dat het aanvragen van een DBC-code bij de Nederlandse Zorgautoriteit voor deze zorg niet doelmatig is omdat enerzijds met een dergelijke aanvraag een tijdsbestek van twee jaar gemoeid is en anderzijds het aantal verzekerden dat naar het buitenland gaat voor een PGD heel beperkt is. De vraag is derhalve wat het marktconform tarief voor de onderhavige zorg is.
- 7.13. Het CVZ verwijst voor het vaststellen van het marktconform tarief voor zorg die in het buitenland is genoten naar richtlijnen die zijn opgenomen in eerder uitgebrachte adviezen, waaronder RZA 2006.77 van 21 maart 2006. Op grond hiervan worden de losse zorgcomponenten van de in het buitenland genoten zorg vertaald in een diagnose-behandel-traject waaraan in de Nederlandse systematiek een DBC-code is gekoppeld, met een bijbehorend tarief. Dit tarief dient vervolgens als marktconform tarief te worden aangemerkt. Anders dan het CVZ is de commissie van oordeel dat deze vertaalslag in dit geval niet kan worden gemaakt omdat voor deze in het buitenland genoten zorg nu juist in Nederland, om weloverwogen redenen, geen diagnose-behandeltraject met bijbehorende DBC-code en tarief is vastgesteld. Omdat de PGD een vorm van zorg betreft die dermate weinig voorkomt dat van overheidswege is besloten de uitvoering daarvan uitsluitend aan één academisch centrum in Nederland toe te wijzen en deze te bekostigen vanuit een subsidieregeling, komt de commissie tot de conclusie dat het marktconforme tarief voor een PGD die in het buitenland heeft plaatsgevonden, aan dient te sluiten bij het bedrag dat het AZM hiervoor aan subsidie ontvangt, te weten € 968,00 per verzekerde.
- 7.14. Gelet op artikel 8.4 lid 1 onder a sub 2 is de commissie van oordeel dat het door haar vastgestelde tarief voor de gecombineerde behandeling ICSI/PGD uitsluitend behoeft te worden toegekend voor de tweede en derde poging, per te realiseren zwangerschap.
- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met dien verstande dat de tweede en derde poging ICSI in combinatie met PGD per te realiseren zwangerschap, voor het tarief van € 2.985,19 per poging, door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed. In dit verband merkt de commissie tevens op dat zij in de door verzoekster overgelegde emailwisseling met zorgverzekeraar van 7 juni 2007 op generlei wijze een toezegging kan lezen tot, naar verzoekster stelt, een integrale vergoeding van de aan de behandeling verbonden kosten.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek, met in achtneming van het onder 7.14 bepaalde, toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 13 februari 2008,

Voorzitter