

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd
door E te F, vs C. te D
Zaak : Geneeskundige zorg België, IVF
Zaaknummer : 2007.2422
Zittingsdatum : 27 augustus 2008

Zaak: 2007.2422, geneeskundige zorg België, IVF

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 7 februari 2007 de door haar in België ondergane IVF-behandelingen slechts te vergoeden tot maximaal het in Nederland geldende tarief.

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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend gynaecoloog in Nederland heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "secundaire infertiliteit". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een behandeling "IVF" ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft in een begeleidend schrijven aanspraak gemaakt op de vergoeding van de behandeling in België. (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de behandelingen IVF in België tot maximaal het in Nederland geldende tarief te vergoeden.
- 3.3. Vanaf februari 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 10 november 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 20 mei 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 juni 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 31 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 1 juli 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd tot nader onderzoek naar de wachtlijsten in Nederland bij aanvang van de IVF-poging in België omdat op grond daarvan mogelijk een aanspraak op volledige vergoeding kan bestaan. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 augustus 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Ter zitting is door de zorgverzekeraar medegedeeld dat alsnog tot tarifiering zal worden overgegaan.
- 3.12. Bij brief van 16 september 2008 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat de onderhavige behandelingen zijn getarifeerd en dat het meest gunstige bedrag, te weten het tarifieringsbedrag, aan verzoekster is uitgekeerd.
- 3.13. Bij brief van 7 oktober 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 9 oktober 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds enige tijd IVF-behandelingen ondergaat bij de Fertility Kliniek in België. Door haar huisarts is zij verwezen naar een gynaecoloog in Enschede, die haar verwezen heeft naar het EMC in Rotterdam. Omdat in Nederland zulke lange wachtlijsten bestaan, verzoekster al 42 jaar is en de Belgische nationaliteit bezit, is in overleg met de behandelend gynaecoloog besloten de behandelingen in België te laten plaatsvinden en niet in Rotterdam.
- 4.2. Tijdens een bezoek aan een kantoor van de zorgverzekeraar in Oldenzaal in december 2006, is, naar aanleiding van een ingediend kostenoverzicht, aan verzoekster medegedeeld dat alles vergoed zou worden. Dit was voor haar de reden over te stappen naar deze zorgverzekeraar. Enige tijd na de IVF-poging bleek in Nederland de vergoeding naar Nederlandse maatstaven maximaal € 1.730,79 te zijn.
- 4.3. Bij telefonische navraag over de hoogte van de vergoeding is medegedeeld dat uitgeweken kon worden naar een IVF-kliniek in Nederland, waar alles per DBC wordt

vergoed. Voor verzoekster kwam dit aanbod te laat, omdat binnen een vrij korte periode daarna ook de tweede IVF-poging in de kliniek in België zou plaatsvinden.

- 4.4. Verzoekster heeft zelf op het internet DBC's gevonden, waarvan de opties veel ruimer zijn dan de zorgverzekeraar stelt. Uit een overzicht van het Westfries Gasthuis blijken de bedragen tussen de € 1.978,10 en € 3.710,60 te liggen. Daarnaast blijken diverse verzekeraars tariefafspraken te hebben gemaakt, hetgeen in strijd is met de mededingingswetgeving.
- 4.5. Volgens de aanbevelingen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Vereniging van Klinisch Embryologen (KLEM) dient te financiering van IVF via DBC's gebaseerd te blijven op de behandelcyclus, en niet op het behandeltraject.
- 4.6. Verzoekster stelt voorts dat zij, als zij in december 2006 juist zou zijn voorgelicht, haar keuze had kunnen heroverwegen. Deze kans is haar ontnomen waardoor zij met de financiële gevolgen wordt geconfronteerd.
- 4.7. De zorgverzekeraar verwijst naar voorwaarden die na het aangaan van de overeenkomst zijn overgelegd, waardoor het tegenwerpen van die voorwaarden onredelijk bezwarend is.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij af mocht gaan op een mededeling van een teamleider van een zorgkantoor.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een IVF-behandeling in België wordt vergoed doch naar Nederlands tarief. De geneesmiddelen worden voor 100 percent vergoed, rekening houdend met de eigen bijdrage.
- 5.2. Verzoekster had geen specifieke medische redenen om naar België uit te wijken.
- 5.3. De inhoud van het telefoongesprek van december 2006 is niet te achterhalen. Verzoekster was in december 2006 nog geen verzekerde bij deze zorgverzekeraar en om die reden is geen informatie bijgehouden in het klantencontactsysteem. Bovendien schuilt in het telefonisch inwinnen van informatie het gevaar dat bij de vragers en de informant een onjuist beeld ontstaat doordat niet alle relevante informatie is gevraagd dan wel verstrekt. Omdat verzoekster in beginsel is doorverwezen naar een kliniek in Rotterdam en pas later is besloten uit te wijken naar een ziekenhuis in België is het mogelijk dat in het gesprek is geïnformeerd naar de vergoedingsvoorwaarden voor IVF in Nederland. Medewerkers weten dat zorg in het buitenland tot maximaal het in Nederland geldende tarief wordt vergoed, dus dat zou zijn toegezegd dat de behandeling volledig zou worden vergoed is niet goed voorstelbaar. Bovendien is het toegezegde DBC-tarief, gebaseerd op DBC-prestatiecode 07.11.00.0F21.0361 dan wel 07.11.00.0F21.0362, verhoogd met een verrekenpercentage, hetgeen beleid is en geen verplichting.

- 5.4. Met betrekking tot de vermeende prijsafspraken merkt de zorgverzekeraar op dat het hier vrij onderhandelbare B-segment tarieven betreft, die niets met tariefafspraken te maken hebben. Bovendien geldt voor de IVF een A-segment DBC, dat het tarief een door de NZa vastgesteld gegeven is.
- 5.5. Voor zover verzoekers stellen dat de NVOG en de KLEM adviseren de IVF via DBC's te baseren op de behandelcyclus en niet op het behandeltraject stelt de zorgverzekeraar dat de tarieven voor de DBC's worden vastgesteld door de NZa en voor de zorgverzekeraar een gegeven zijn.
- 5.6. De zorgverzekeraar stelt dat de polisvoorwaarden met de polis worden meegezonden, zodat het niet als onredelijk bezwarend kan worden beschouwd dat de zorgverzekeraar zich op de voorwaarden beroept.
- 5.7. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegezegd de ondergane IVF behandelingen tot en met maart 2008 ter tarifiering voor te leggen aan het Belgische bevoegde orgaan.
- 5.8. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op IVF bestaat:

"Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat ingeval van in-vitrofertilisatie (IVF) ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

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

a het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;

b het afnemen van eicellen (punctie);

c de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;

d het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Door:

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door:

gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

(...);

2 onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;

3 voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 28, Geneesmiddelen."

Artikel 28 bepaalt met betrekking tot geneesmiddelen het volgende:

"Omschrijving:

vergoeding van de kosten van aflevering van:

a de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voorzover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;

(...)

Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg 2007 van de zorgverzekeraar.

Geleverd door:

apotheker of apotheehoudend huisarts. De apotheehoudend huisarts mag alleen geneesmiddelen leveren aan verzekerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij de zorgverzekeraar op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

Voorschrift:

basisarts, huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, voor geneesmiddelen waarvoor bij Regeling zorgverzekering indicatievoorwaarden worden gesteld.

(...)

3 de verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, als de inkoopprijs hoger is dan de door de Minister vastgestelde vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voorzover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend;"

Ten aanzien van zorg in het buitenland wordt in artikel 9, voor zover relevant, het volgende bepaald:

"9.1 De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.2 Verzekerde die woont en/of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

De verzekerde die woont en/of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [naam zorgverzekeraar] is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

(...)

9.5 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van niet-spoedeisende zorg in een ander land dan het woonland de verzekerde, voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.”

- 7.2. Met betrekking tot de vergoeding van kosten van niet-gecontracteerde zorg, bepaalt artikel 12 lid 2:

“De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht. Verder worden op de vergoeding ook in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.”

- 7.3. De regeling in de artikelen 9, 12, 18 en 28 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.11 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in deze procedure in het midden kan blijven.

Met het bij brief van 7 februari 2007 schriftelijk verlenen van toestemming voor de onderhavige behandeling, tegen het in Nederland geldende tarief, is de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg en de indicatie in dit geschil beantwoord.

In geschil is derhalve of de zorgverzekeraar voor de onderhavige behandelingen IVF aan verzoekster méér dient te vergoeden dan het in Nederland geldende marktconforme tarief.

- 7.7. In de onderhavige situatie gaat het om IVF behandeling in België. De hoogte van de vergoeding is door de zorgverzekeraar op grond van de na afloop van de hoorzitting gevraagde tarifiering door het Belgische bevoegde orgaan, de RIZIV, vastgesteld naar de Belgische tarieven, die voor verzoekster het meest gunstig zijn.
- 7.8. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat zij op grond van een telefonische mededeling van een teamleider van een filiaal van de zorgverzekeraar, welke is weersproken door de zorgverzekeraar, erop mocht vertrouwen dat zij de behandeling volledig vergoed zou krijgen, oordeelt de commissie als volgt.
De zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitslatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft. Uit de e-mail van 27 december 2006, die verzoekster naar aanleiding van het bedoelde telefoongesprek aan de zorgverzekeraar heeft gezonden blijkt dat verzoekster antwoord wilde hebben op haar vragen naar de hoogte van vergoeding indien de behandeling in België plaatsvindt en of de zorgverzekeraar samenwerkt met een ziekenhuis in Nederland zodat de intakegesprekken in Nederland kunnen plaatsvinden en zij uitsluitend voor de behandeling naar België hoeft te gaan. De commissie maakt hieruit op dat verzoekster aan het telefoongesprek niet het vertrouwen heeft kunnen ontleenen dat de door haar in België ondergane zorg volledig zou worden vergoed.
- 7.9. Voor zover verzoekster aanvoert dat er DBC-tarieven bestaan die een hoger tarief kennen die wellicht nog gunstiger zijn en dat eventueel meerdere DBC-s kunnen worden toegepast, oordeelt de commissie als volgt. De inhoud van een DBC-prestatiecode, dat wil zeggen welke behandeling met bijbehorende voor- en naonderzoeken onder een bepaalde DBC-prestatiecode vallen, wordt door de NZa vastgesteld in overleg met het College voor Zorgverzekeringen. Vervolgens wordt door de NZa het tarief voor de betreffende DBC-prestatiecode vastgesteld. Voor het beoordeelen welke DBC-prestatiecode voor een bepaalde behandeling moet worden gehanteerd, zijn regels opgesteld door de Stichting DBC-onderhoud, de zogenaamde “instructie” per specialisme. In deze “instructie” is ook opgenomen onder welke (beperkte) omstandigheden het openen van een tweede, parallelle DBC-prestatiecode gerechtvaardigd is.
Uit vorengenoemde “instructie”, geldend voor het tijdvak waarin de IVF-pogingen hebben plaatsgevonden, concludeert de commissie dat door de zorgverzekeraar voor de onderhavige zorgvraag op juiste wijze de onderhavige DBC-prestatiecode is vastgesteld en dat het openen van een tweede DBC-prestatiecode voor de overige zorg niet wordt gerechtvaardigd.

- 7.10. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat sprake is van tariefafspraken kan de commissie verzoekster niet in haar redenering volgen zodat dit punt niet nader wordt besproken.
- 7.11. Ten aanzien van de aanbevelingen van de NVOG en KLEM, wat er ook van die aanbevelingen zij, wijst de commissie op hetgeen is overwogen onder 7.9, namelijk dat de inhoud van een DBC-prestatiecode en het daarbij behorende tarief voor de commissie vaststaande gegevens zijn.
- 7.12. Door de zorgverzekeraar is bij brief van 20 mei 2008 gesteld dat de polisvoorwaarden, zoals te doen gebruikelijk, met de polis zijn meegezonden. Verzoekster heeft deze stelling niet (voldoende) weersproken.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 november 2008,

Voorzitter