

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, ICSI met TESE-materiaal, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2010.02330
Zittingsdatum : 22 juni 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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, artikel 22 EG-Verordening 1408/71)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Mix Aanvullende Verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Heineken Plus 2010 en [naam gevolmachtigde] Tand inclusief techniekkosten afgesloten. De verzekeringen Heineken Plus 2010 en [naam gevolmachtigde] Tand inclusief techniekkosten zijn niet in geschil en blijven in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde 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 ICSI met TESE-materiaal, gedeeltelijk uit te voeren in Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 462,98 per poging, wordt ingewilligd.
- 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 23 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 6 maart 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 mei 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 april 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 11 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011046535) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat ICSI met TESE-materiaal in Nederland tijdig mogelijk was, en door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 23 juni 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 30 juni 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 zij door de behandelend arts in Nederland is doorverwezen naar België, omdat ICSI met TESE-materiaal in Nederland niet mogelijk is. Een deel van de behandeling, namelijk de bevruchting en terugplaatsing, heeft plaatsgevonden in België. De rest van de behandeling werd uitgevoerd in Nederland. De twee pogingen hebben plaatsgevonden in januari en april 2010, en hebben in totaal € 4.568,30 gekost. Daarvan is slechts een bedrag van € 925,96 vergoed, terwijl in de polisvoorwaarden staat dat behandelingen in het buitenland voor 100 percent worden vergoed.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat toestemming is gevraagd voor de behandeling in België. De ziektekostenverzekeraar heeft er heel lang over gedaan om een beslissing te nemen. Steeds werd aanvullende informatie gevraagd. Het ziekenhuis in Alphen aan den Rijn heeft een contract met het ziekenhuis in Gent. Het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar hebben nooit medegedeeld dat de behandeling in Nederland ook mogelijk was. Ware dit bekend geweest, dan had in ieder geval de tweede poging in Nederland kunnen plaatsvinden. Dit had verzoekster hoge kosten bespaard.

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 behandeling in Nederland had kunnen plaatsvinden, zodat geen E112-formulier is verstrekt. Verzoekster heeft conform de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de DBC-code 07.11.00.0F21.0441 gehanteerd, met een bijbehorend tarief van € 462,98. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een beperkte machtiging is afgegeven. Bij de eerste aanvraag was te weinig informatie aanwezig om tot een goede beoordeling te komen, zodat om meer informatie is verzocht. Gebleken is dat ICSI met TESE-materiaal ook in Nederland wordt uitgevoerd, zodat het Nederlandse tarief van toepassing is.

5.3. 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 aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

Artikel 16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op in-vitrofertilisatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. (...)

Bijzonderheden:

1. *een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie; (...)*

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

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *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;*
- *zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*”

Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2010, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)”

- 8.3. De artikelen 1.4, 9 en 16 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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, waaronder in-vitrofertilisatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor 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 ICSI met TESE-materiaal een verzekerde prestatie vormt en dat verzoekster daarvoor ten tijde van de behandelingen een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De vraag is allereerst of verzoekster – gelet op artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 – aanspraak heeft op vergoeding conform het Belgische socialezekerheidsstelsel. Zij heeft hiertoe, voorafgaand aan de behandeling, bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan. Gelet op het gegeven dat, in het kader van die aanvraag, de brief van het Nederlandse ziekenhuis tijdig naar de ziektekostenverzekeraar is gestuurd, en in deze brief is vermeld dat behandeling in Nederland niet mogelijk is, had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen hiernaar onderzoek te doen en verzoekster hierover te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft echter nagelaten onderzoek te doen naar eventuele aanspraken van verzoekster op grond van de verordening. In plaats daarvan is hij direct overgegaan tot vaststelling van het Nederlands tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft aldus onvoldoende aan nemelijk gemaakt dat verzoekster niet voldeed aan de voorwaarden van de verordening voor afgifte van een E112-formulier. Om die reden dient de ziektekostenverzekeraar alsnog te onderzoeken welk tarief in België voor de onderhavige zorg wordt vergoed, en het hoogste van beide tarieven aan verzoekster uit te keren.
- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van het Nederlandse tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 07.11.00.0F21.0441 met als omschrijving: “Reguliere zorg // gespecialiseerde technieken / laboratoriumfase en terugplaatsing ICSI poliklinisch”. Gelet op de bij verzoekster uitgevoerde behandeling komt de gehanteerde DBC-code de commissie juist voor. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief is € 462,98. Dit tarief is voor beide behandelingen afzonderlijk door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster uitgekeerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor geplande zorg in het buitenland, waaronder ICSI met TESE-materiaal, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 27 juli 2011,

Voorzitter