

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, in-vitrofertilisatie (IVF), hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2011.00546
Zittingsdatum : 25 januari 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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 vergoeding van de kosten van een behandeling met in-vitrofertilisatie (IVF), uitgevoerd te Düsseldorf (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 462,98, wordt ingewilligd.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 december 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 15 september 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 november 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 20 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011125360) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen indien blijkt dat conform de bij de passende DBC's behorende bedragen is vergoed. 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 25 januari 2012 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 26 januari 2012 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 januari 2012 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 is bekend met endometriose. Daardoor is het voor haar alleen met behulp van IVF mogelijk zwanger te worden. Zij heeft hiervoor een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Bij brief van 2 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar haar medegedeeld de kosten slechts gedeeltelijk te vergoeden. Verzoekster heeft op 13 augustus 2010 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij een bij naam genoemde medewerker haar vertelde dat het bedrag nog niet definitief was. Dit kon na afloop van de behandeling nog wijzigen. Verzoekster werd verteld dat zij zich nergens druk om hoefde te maken. Een schriftelijke bevestiging van het gesprek zou niet nodig zijn. Na declaratie van de kosten van de behandeling volgde echter toch slechts een gedeeltelijke vergoeding. Indien telefonisch de juiste informatie was verschaft, had verzoekster wellicht een andere oplossing gezocht.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster bestreden dat haar keuze voor de behandeling in Düsseldorf al vaststond.
- 4.4. 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 ook tijdig in Nederland beschikbaar was, zodat aan verzoekster geen E 112-formulier is verstrekt. Vergoeding vindt daarom plaats conform het maximale in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar is hierbij uitgegaan van DBC-code 07.11.00.0F21.0341 met een bijbehorend tarief van € 462,98. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 5.2. Het telefoongesprek waaraan verzoekster refereert, en dat zou hebben plaatsgevonden op 13 augustus 2010, is niet geregistreerd. De laatste registratie betreft een telefoongesprek op 12 juli 2010. De betreffende medewerker heeft desgevraagd verklaard dat zij zich niet kan voorstellen dat door haar is gezegd dat alle kosten zouden worden vergoed. Wel is het juist dat een DBC-code achteraf wordt gewijzigd indien een andere behandeling is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in artikel A27 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een mondelinge toezegging die niet wordt gevolgd door een schriftelijke bevestiging wordt geacht niet te zijn gedaan.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de brief van 2 augustus 2010 duidelijk is. Zou in afwijking hiervan een toezegging zijn gedaan, dan had het in de rede gelegen dat verzoekster deze schriftelijk had laten bevestigen of zelf had bevestigd. Voort is betoogd dat het notabedrag volgens de medisch adviseur “absurd hoog” is.
- 5.4. 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B20.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op IVF bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een daarin gespecialiseerd ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op IVF als u een schriftelijke verwijzing van uw medisch specialist heeft.

Extra informatie

Een volledige IVF-poging bestaat uit de volgende 4 fasen:

- 1. u krijgt hormonen die de rijping van eicellen in uw lichaam bevorderen,*
- 2. daarna volgt de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen),*
- 3. de eicellen worden bevrucht en in het laboratorium worden embryo's gekweekt,*
- 4. tenslotte worden een of twee embryo's in de baarmoederholte geïmplant.*

Een poging gaat pas als een poging tellen als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen een poging die is geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat sprake is van een doorgaande zwangerschap, telt mee voor het aantal pogingen. Een doorgaande zwangerschap is een zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie. Of, in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's, is een doorgaande zwangerschap een zwangerschap van ten minste 9 weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. (...)

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
 - recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
 - vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*
- (...)*

- 8.5. De artikelen B9 en B20.1 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 IVF, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. 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 zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat IVF een verzekerde prestatie vormt en dat verzoekster hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.

9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat de behandeling met IVF ook tijdig in Nederland had kunnen plaatsvinden. De gevraagde toestemming werd haar derhalve terecht onthouden, zodat verzoekster – gelet op artikel 20 van Vo 883/2004 – geen aanspraak heeft op vergoeding conform het Duitse socialezekerheidsstelsel. Volgens artikel B9 van de zorgverzekering heeft zij aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.

9.3. Ter vaststelling van het Nederlandse marktconforme tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 07.11.00.0F21.0341 met als omschrijving: “Reguliere zorg // gespecialiseerde technieken / laboratoriumfase en terugplaatsing IVF poliklinisch”. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de behandeling (september 2010) € 460,53. De gehanteerde DBC-code komt de commissie – gelet op de bij verzoekster uitgevoerde behandeling – juist voor.

9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft meer vergoed dan waartoe hij op basis van de regelgeving was gehouden. De commissie is van oordeel dat het teveel betaalde niet kan worden teruggevorderd, omdat verzoekster erop mocht vertrouwen dat het uitgekeerde bedrag juist was.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor IVF, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.6. Voor zover verzoekster stelt dat haar door een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar de toezegging is gedaan dat een hogere vergoeding zou worden verleend dan vermeld in de brief van 2 augustus 2010, overweegt de commissie het volgende.
- 9.7. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, kan hij wel degelijk gebonden worden geacht aan mondeling of telefonisch gedane toezeggingen. Het is echter aan verzoekster de toezegging en de inhoud hiervan aannemelijk te maken. Verzoekster heeft toegelicht met wie zij heeft gesproken en op welke datum. Door de ziektekostenverzekeraar is weersproken dat het gesprek heeft plaatsgehad. Ook indien wordt aangenomen dat het telefoongesprek op 13 augustus 2010 is gevoerd, is onduidelijk wat de precieze vraagstelling van verzoekster is geweest, en wat de medewerker in kwestie heeft geantwoord. De mededeling dat achteraf kan blijken dat een andere DBC-code moet worden toegepast, en dat dit een hogere vergoeding tot gevolg kan hebben, is op zich niet onjuist en impliceert niet dat een dergelijke wijziging – als daartoe al aanleiding bestaat – per definitie leidt tot een hogere, laat staan volledige vergoeding van kosten. Om die reden is de commissie van oordeel dat verzoekster niet erin is geslaagd aannemelijk te maken dat de toezegging is gedaan dat een hogere vergoeding zou worden verleend dan € 462,98.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2012,

Voorzitter