

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A en E te B vs C te D
Zaak	: EU/EER, geneeskundige zorg, TESE-behandeling
Zaaknummer	: 2009.00079
Zittingsdatum	: 21 oktober 2009

1. Partijen

A, hierna ook: de man, en E te B, hierna te noemen: verzoekers,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 1 oktober 2007 de door de man ondergane TESE-behandeling in Brussel (België) tot maximaal € 501,56 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag waren verzoekers bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgActiefpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend uroloog in Brussel heeft bij de man de volgende diagnose gesteld: "non-obstructieve azoöspermie op basis van testiculaire insufficiëntie". Verzoekers hebben naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een fertiliteitbehandeling" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Vanaf 10 september 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekers aanspraak maken, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 1 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de aanspraak tot maximaal € 501,56 wordt toegewezen.
- 3.5. Verzoekers hebben aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekers medegedeeld zijn standpunt te wijzigen en een maximale vergoeding € 678,17 toe te kennen.
- 3.6. Bij brief van 5 januari 2009 hebben verzoekers de zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.7. Bij brief van 12 maart 2009 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 16 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juni 2009 aan verzoekers toegezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 7 september 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 20 oktober 2009 telefonisch medegedeeld eveneens niet gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 23 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 29 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29092748) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekers toe te wijzen tot een bedrag van maximaal € 1.474,25 op de grond dat zij daarop op basis van de polisvoorwaarden aanspraak hebben. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 september 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Beide partijen hebben niet op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

- 4.1. Verzoekers stellen, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat door de zorgverzekeraar een onjuiste DBC-code is toegepast. De zorgverzekeraar dient namelijk DBC-code 06.11.08.0093.0312 toe te passen, die staat voor "specialisme/regulier/infertiliteit/diagnose, azoöspermie/operatieve microchirurgische ingreep onder narcose".
- 4.2. Voorts hebben verzoekers navraag gedaan bij het Erasmus Medisch Centrum (EMC), dat hen heeft verwezen naar het ziekenhuis in Brussel omdat deze behandeling in het EMC niet werd verricht. Het EMC heeft verzoekers medegedeeld dat de kosten voor de onderhavige behandeling € 3.195,36 bedragen.
- 4.3. Verzoekers komen tot de conclusie dat hun 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 de aanvraag betrekking heeft op een niet-spoedeisende behandeling. Om die reden worden de kosten vergoed tot maximaal honderd percent van het in Nederland geldende tarief. Dit betekent dat de kosten van de TESE-behandeling in het Universitair Ziekenhuis in Brussel, inclusief de voor- en nabehandeling, voor vergoeding in aanmerking komen tot maximaal € 678,17. Dit bedrag is vastgesteld aan de hand van

DBC-code 06.11.08.0058.0222. Uit de nota blijkt niet dat de rekening ziet op een TESE en een ICSI.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekers 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. In geschil is of verzoekers aanspraak kunnen maken op volledige vergoeding van de kosten van de te Brussel door de man ondergane TESE-behandeling ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 en verder van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 7 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op IVF en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen bestaat. Voor zover hier relevant bepaalt artikel 7:

"1. IVF

U heeft aanspraak op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

(...) Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.*
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor.*

(...)

- U heeft geen aanspraak op TESE-IVF behandeling.*

(...)

2. Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie. Er bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven."

- 7.3. Artikel 7 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in

voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1 verwijst in lid 1 naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2 lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het vaststellen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden 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. Dat het hier een verzekerde prestatie betreft, dat er een indicatie bestaat en dat aan de overige vereisten is voldaan, staat niet ter discussie. In geschil is dan ook uitsluitend de hoogte van de vergoeding voor de in Brussel door de man ondergane TESE-behandeling. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.7. Door de zorgverzekeraar is de DBC-code 06.11.08.0058.0222 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving: "Reguliere zorg / koliek(en) / overige penispathologie / ov instrumenteel met dagopname(n)". De zorgverzekeraar heeft hieraan een tarief gekoppeld van € 678,17. Het CVZ heeft in zijn advies aan de commissie geconcludeerd dat deze code onder de gegeven omstandigheden onjuist is, en dat de DBC-code 06.11.08.00930.0312 dient te worden gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving: "Reguliere zorg / infertiliteit / infertiliteit / open operatie met dagopname(n)". Het betreft een code uit het A-segment, met een daaraan gekoppeld tarief van € 1.474,25. De commissie sluit zich aan bij het advies van het CVZ. Nu de ziektekostenverzekeraar eerder geen financiële consequenties heeft verbonden aan het niet inroepen van zorgbemiddeling, en evenmin sprake is geweest van een eigen bijdrage, hebben verzoekers aanspraak op laatstgenoemd bedrag, met inachtneming van hetgeen overigens in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, met name ten aanzien van het eigen risico.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, tot een bedrag van maximaal € 1.474,25. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen in 7.8.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter