

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: medisch-specialistische zorg, IVF, eiceldonatie, buitenland
Zaaknummer	: ANO07.310
Zittingsdatum	: 7 november 2007

Zaak: ANO07.310 (medisch-specialistische zorg, IVF, eiceldonatie, buitenland)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11, 13 Zvw, 2.1, 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 28 februari 2007 inzake het deels vergoeden van een eiceldonatie in het buitenland (Cyprus).

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 2006, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 28 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat de kosten van een eiceldonatie in het buitenland deels, te weten tot een bedrag van € 3.582,90, voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 3 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige kosten van de IVF-behandeling / (anonieme) eiceldonatie te vergoeden.
- 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 22 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 15 augustus 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

- 3.8. Bij brief van 10 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 10 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 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 14 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld 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 heeft een ernstige stofwisselingsziekte. Haar in 1993 geboren zoontje had ook een ernstige stofwisselingsziekte waaraan hij op zevenjarige leeftijd is overleden. De behandelend artsen van verzoekster sluiten niet uit dat haar ziekte autosomaal recessief zou overerven. Omdat bij autosomaal recessieve overerving het afwijkende gen bij beide ouders aanwezig is, zou in haar situatie het risico op herhaling – welke risico verzoekster en haar partner wensen uit te sluiten – geminimaliseerd kunnen worden door een volgende zwangerschap met eiceldonatie tot stand te brengen. Daartoe bestaat een mogelijkheid in het buitenland. De gevraagde medische ingreep is niet het doel, maar een middel is om een gezond kind te krijgen
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar, gezien haar bijzondere situatie, de volledige kosten van de eiceldonatie dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar verwijst naar artikel 18.1 van de zorgverzekering waarin een aanspraak op vergoeding van de kosten van in-vitrofertilisatie (IVF) is opgenomen. Bij zorg in het buitenland is ook artikel 9 van de zorgverzekering van belang.
- 5.2. De behandeling die verzoekster heeft ondergaan betreft een behandeling waarbij in Nederland de toepasselijke DBC-declaratiecode 140238 is, de bijbehorende prestatiecode betreft 110F210362. Dit is de DBC die in rekening gebracht mag worden voor een volledige IVF-cyclus, dus stimulatie, punctie, laboratorium en terugplaatsing. Het feit dat verzoekster gebruik maakt van eiceldonatie leidt volgens de zorgverzekeraar niet tot een ander of extra tarief. Bij deze DBC-code gaat het om de volgende bedragen: de kosten van de instelling van € 1.217,00 en de honorariumkosten van € 247,47. Op het kostendeel van het ziekenhuis heeft de zorgverzekeraar een verrekenpercentage toegepast van 121,86%, zijnde het gemiddelde verrekentarief van de Nederlandse Ziekenhuizen, zodat uitgekomen wordt op een bedrag van € 1.727,13. Het meenemen van de verrekentarieven is volgens de zorgverzekeraar een eigen beleidskeuze. Het College voor zorgverzekeringen heeft in zijn advies van 21 maart

2006 (RZA 2006,77) kenbaar gemaakt dat het maximum DBC-tarief een marktconform tarief is en dat het verrekentariaf hier niet bij betrokken behoeft te worden, omdat het DBC-tarief in principe kostendekkend is.

- 5.3. Op 28 februari 2007 is een vergoeding toegezegd van € 3.582,90, terwijl op grond van de zorgverzekering slechts aanspraak bestond op een vergoeding van € 1.1727,30. De zorgverzekeraar komt op die toezegging niet terug, doch toekomstige, voor vergoeding in aanmerking komende IVF-pogingen, zal de zorgverzekeraar in het licht van voornoemde DBC-code beoordelen.
- 5.4. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan zij reeds heeft ontvangen.

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. Allereerst stelt de commissie vast dat de zorgverzekeraar besloten heeft de IVF-behandeling / (anonieme) eiceldonatie in het buitenland deels te vergoeden, te weten tot een bedrag van € 3.582,90. Daarmee is niet langer in geschil of een IVF-behandeling met (anonieme) eiceldonatie een verstrekking is waar op grond van de zorgverzekering aanspraak op bestaat.
- 7.2. Resteert de vraag tot welk bedrag de zorgverzekeraar de kosten dient te vergoeden. Deze vraag dient te worden beantwoord aan de hand van de ten tijde van de onderhavige aanvraag van 14 november 2006 tussen partijen bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.
- 7.3. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“9.1.1 Verzekerde woonachtig in Nederland

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

- (...);

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

Verder is in artikel 18 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, bepaald:

“18.1 In-vitro fertilisatie (IVF)

Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medische specialistische zorg) omvat in geval van in-vitro fertilisatie (IVF) slechts de tweede en derde poging in-vitro fertilisatie (IVF) per gerealiseerde zwan-

gerschap. Een poging omvat vier fasen(...)

Bijzonderheden:

1. 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; (...)"

- 7.4. De zorgverzekering is, blijkens artikel 1 lid 62 van de zorgverzekering, een tussen de zorgverzekeraar en een verzekeringsnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.5. In de wet- en regelgeving zijn de bepalingen omtrent een IVF-behandeling in het buitenland terug te vinden in de artikelen 10, 11 en 13 Zvw en de artikelen 2.1 en 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv), zoals deze golden ten tijde van de onderhavige aanvraag.
- 7.6. Voor de behandeling door een medisch-specialist wordt sinds 1 januari 2005 gebruik gemaakt van een zogenoemde DBC-codes (Diagnose Behandel Combinaties). Een dergelijke code omvat het gehele behandeltraject. Een DBC-code kan worden gezien als het in Nederland geldende Wtg-tarief, als bedoeld in artikel 9.1.1 van de zorgverzekering. De door de zorgverzekeraar in deze gehanteerde DBC-code komt de commissie onder de gegeven omstandigheden niet onjuist voor.
Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit 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.
Aangezien het door de zorgverzekeraar toegezegde en inmiddels uitgekeerde bedrag van € 3.582,90 hoger is dan het bij deze DBC-code behorende tarief, ziet de commissie geen reden te komen tot een hogere vergoeding voor de door verzoekster ondergane behandeling.
- 7.7. Ten aanzien van de door verzoekster aangevoerde bijzondere omstandigheid, te weten een erfelijke stofwisselingsziekte, merkt de commissie het volgende op.
Uit eigen onderzoek – onder mee bestaande uit raadpleging van de website www.freya.nl (patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek) – is de commissie gebleken dat een eiceldonatie onder meer geïndiceerd kan zijn bij een aangeboren afwijking, verwijderde eierstokken, bestraling van de eierstokken, vervroegde overgang, eicellen die niet te bevruchten zijn, eicellen die te oud zijn en erfelijke ziekten. Een erfelijke ziekte kan dus een indicatie zijn voor een eiceldonatie, maar is gezien voorgaande niet de enige indicatie. Bovendien komt niet alle zorg waarvoor een (medische) indicatie bestaat per definitie ten laste van de zorgverzekering. Uitsluitend de ingevolge de Zvw verzekerde prestaties komen voor vergoeding of verstrekking ten

laste van de zorgverzekering in aanmerking, mits aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. In 2006 waren bijvoorbeeld de eerste, vierde en volgende IVF-poging per gerealiseerde zwangerschap van vergoeding c.q. verstrekking uitgesloten. Hoewel de commissie begrip heeft voor de emotionele aspecten en verzoekster in een bijzondere situatie verkeert, is deze situatie niet zo uitzonderlijk dat tot de conclusie zou moeten worden gekomen dat naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid, zoals bedoeld in artikel 6:248 tweede lid van het Burgerlijk Wetboek, onverkorte toepassing van de polisvoorwaarden onaanvaardbaar zou zijn.

7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 november 2007,

Voorzitter