

# **ANONIEM**

## **Bindend advies**

|               |                                              |
|---------------|----------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B en C te D vs E te F                 |
| Zaak          | : Geneeskundige zorg, IVF, ISCI, MESA, TESE. |
| Zaaknummer    | : ANO07.155                                  |
| Zittingsdatum | : 18 juli 2007                               |

Zaak: ANO07.155 Geneeskundige zorg, IVF, ISCI, MESA, TESE

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

(Zorgverzekering 2006 en 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B en C te D, hierna te noemen verzoekers,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 24 mei 2006 inzake het niet vergoeden van behandelingen IVF/ICSI in combinatie met een ME-SA/TESE behandeling in het UZ Gent (België)

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoekers zijn bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Bij brief van 24 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekers bericht dat de gevraagde MESA/TESE-behandeling in het UZ Gent (België) niet voor vergoeding in aanmerking komt. Tevens heeft de zorgverzekeraar laten weten dat de IVF/ICSI-behandeling evenmin vergoed zal worden, nu blijkt dat de bevruchting zal plaatsvinden met uit MESA/TESE verkregen zaadcellen. Deze gecombineerde behandeling wordt naar het oordeel van de zorgverzekeraar uitsluitend vergoed indien deze in Nederland in een daartoe aangewezen ziekenhuis plaatsvindt.

3.3. Verzoekers hebben vanaf dat moment veelvuldig telefonisch en per e-mail contact gehad met de zorgverzekeraar teneinde te achterhalen in welk ziekenhuis zij zich zouden kunnen laten behandelen, om voor vergoeding van de behandeling in aanmerking te kunnen komen.

3.4. Bij brief van 20 september 2006 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de behandeling IVF/ICSI in combinatie met een behandeling ME-SA/TESE in het UZ Gent te vergoeden.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 25 oktober 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 30 oktober 2006 is verzoekers een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekers en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.8. Bij brief van 12 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 13 juli 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 13 juli 2007 naar partijen gefaxt.
- 3.10. Verzoekers en de zorgverzekeraar zijn op 18 juli 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn geïnformeerd over de inhoud van het advies van het College voor zorgverzekeringen en in de gelegenheid gesteld daarop te reageren. Partijen hebben daar geen gebruik van gemaakt.
- 3.11. Bij brief van 19 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

#### 4. Het standpunt van verzoekers

- 4.1. Verzoekers zijn een 37-jarige vrouw en een 40-jarige man. De man heeft in verband met de vruchtbaarheidsproblemen na sterilisatie het EMC te Rotterdam een MESA/TESE-behandeling ondergaan, welke tot onvoldoende resultaat heeft geleid. Verzoekers zijn door het EMC voor een second opinion verwezen naar het Medisch Centrum Rijnmond Ziekenhuis (MCRZ), dat een samenwerkingsverband met het UZ Gent (België) heeft. Door de behandelend gynaecoloog van het MCRZ is een machtiging voor een IVF/ICSI behandeling aangevraagd, in combinatie met een MESA/TESE-behandeling in het UZ Gent (België). Voor de medicijnen ten behoeve van de ovulatie-inductie is een machtiging ten laste van de aanvullende verzekering van de vrouw afgegeven. De man heeft op verzoek van de zorgverzekeraar voor de MESA/TESE-behandeling in het UZ Gent een aparte aanvraag ingediend.
- 4.2. Na het bericht van afwijzing van de zorgverzekeraar, waaruit verzoekers hebben begrepen dat deze gecombineerde behandeling uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt, indien deze in één van de daartoe aangewezen ziekenhuizen in Nederland plaatsvindt, hebben zij begin juni 2006 contact gezocht met de klantenservice van de zorgverzekeraar, zoals aangegeven in de afwijzingsbrief. De medewerker die hen te woord heeft gestaan, wist niet te vertellen met welke ziekenhuizen een samenwerkingsverband inzake de studie MESA/TESE is aangegaan. Verzoekers hebben kort daarop een e-mail aan de zorgverzekeraar gezonden met het verzoek tot bemiddeling. Eind juni 2006 hebben verzoekers wederom een e-mail aan de zorgverzekeraar gezonden waarin zij nogmaals hebben aangegeven graag voor het studieverband in

Nederland in aanmerking te komen. Tevens hebben zij verklaard dat reeds een intake-gesprek in het UZ Gent had plaatsgevonden omdat er van de zijde van de zorgverzekeraar nog altijd geen duidelijkheid was geboden.

- 4.3. In juli 2006 is er opnieuw een aanvraag voor een machtiging ten behoeve van een IVF/ICSI-behandeling in combinatie met een MESA/TESE-behandeling in het UZ Gent ingediend door de behandelend gynaecoloog. Deze aanvraag is naar de zorgverzekeraar gefaxt, doch heeft de zorgverzekeraar nooit bereikt.
- 4.4. Op 21 augustus 2006 heeft een geslaagde MESA-behandeling in het UZ Gent plaatsgevonden. Uit de behandelverslagen van het UZ Gent blijkt dat daar eind januari 2007 een IVF/ICSI-behandeling met het door MESA verkregen sperma is uitgevoerd.
- 4.5. Verzoekers zijn van oordeel dat de zorgverzekeraar in gebreke is gebleven door hen niet (tijdig) aan te geven tot welke Nederlandse ziekenhuizen zij zich hadden kunnen wenden om voor vergoeding van de onderhavige gecombineerde behandeling in aanmerking te komen.  
Tegen deze achtergrond zijn verzoekers van oordeel dat het niet meer dan redelijk is dat de zorgverzekeraar de werkelijke kosten van de behandeling in België vergoedt, Voorts maken zij aanspraak op de meerkosten die zij hebben moeten maken omdat zij zich, wegens gebrek aan voldoende voorlichting en begeleiding, hebben moeten wenden tot het UZ Gent.

## 5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de aanvraag laten weten dat IVF conform de richtlijnen van de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) wordt vergoed. Een ICSI-behandeling (Intrad Cytoplasmatische Sperma Injectie) wordt tot het IVF-tarief vergoed. Hieraan worden de volgende voorwaarden gesteld:
  - de behandeling mag alleen plaatsvinden in een, op grond van de op de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) vergunninghoudend ziekenhuis in Nederland;
  - het ziekenhuis beslist of de verzekerde in aanmerking komt voor een IVF behandeling
  - voorafgaand aan elke IVF-poging dient schriftelijk toestemming te zijn verleend.
- 5.2. De aanvraag voor de MESA/TESE-behandeling in het UZ Gent (België) komt niet voor vergoeding in aanmerking, omdat deze behandeling uitsluitend is toegestaan in Nederland mits deze plaatsvindt binnen een speciaal daarvoor opgezet studieverband. Het UZ Gent maakt geen deel uit van dit studieverband.
- 5.3. Nu voorts blijkt dat de onder 5.1 genoemde IVF/ICSI-behandeling gecombineerd wordt met een MESA/TESE-behandeling in het UZ Gent, komt ook deze niet voor vergoeding in aanmerking, omdat de IVF/ICSI-behandeling in deze situatie onlosmakelijk verbonden is met de MESA/TESE-behandeling, welke buiten de daartoe aangewezen ziekenhuizen in Nederland, niet gezien kan worden als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
- 5.4. De zorgverzekeraar geeft vervolgens aan dat in de brief van 24 mei 2006 bemiddeling is aangeboden, waarbij is verwezen naar de klantenservice. In de brief van 5 april

2006 is aangegeven dat, indien verzoekers meer informatie willen ontvangen over behandelingen, vergoedingen of andere vragen met betrekking tot IVF, zij contact op kunnen nemen met FREYA, de patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek.

- 5.5. Blijkens een memo van de Senior Klantenservice is door hem op enig moment telefonisch aan verzoekers medegedeeld om welke ziekenhuizen het gaat.
- 5.6. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft in zijn advies van 24 oktober 2006 aangegeven dat MESA (en PESA) onder voorwaarden worden vergoed, namelijk alleen dan als de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis waarin een vervolgonderzoek plaatsvindt. De TESE wordt niet vergoed omdat die in Nederland verboden is.
- 5.7. De zorgverzekeraar is, op basis van rechtspraak onder de ziekenfondswet van oordeel dat hij voldoende inlichtingen verstrekt heeft door verzoekers te wijzen op het feit dat zij slechts bij een aantal aangewezen ziekenhuizen terecht konden voor de door hun gevraagde behandeling. Met de verwijzing naar de website van FREYA meent de zorgverzekeraar dat hij voldoende aan zijn informatieplicht heeft voldaan. Het feit dat de afdeling S&I onvoldoende voorlichting heeft kunnen geven doet aan bovenstaande niet af. Dat verzoekers zich in het UZ Gent hebben laten behandelen, dient dan ook voor eigen rekening te komen.
- 5.8. Naar aanleiding van het advies van het College voor zorgverzekeringen van 13 juli 2007, heeft de zorgverzekeraar bij faxbericht van 16 juli 2007 te kennen gegeven dat hij bereid is de kosten van de MESA en de kosten van de IVF conform het Wtg-tarief te vergoeden.

## 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.

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg.  
Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in de afdeling aanspraken. In artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering 2006 en die van 2007 wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"U heeft aanspraak op:*

- medisch specialistische (...) zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;*
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden..*

*Voorwaarde*

*U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts (...) of andere medisch-specialist."*

In artikel 7 van de aanspraken van de zorgverzekering van 2007 wordt, voor zover hier relevant, bepaald:

*"U heeft aanspraak op de eerste, tweede en derde In Vitro Fertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische Sperma Injectie (ICSI)-poging per te realiseren zwangerschap, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.*

*Een poging omvat vier fasen:*

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;*
- b. het afnemen van eicellen (punctie);*
- c. bevruchting van de eicellen en het opwekken van embryo's in het laboratorium;*
- d. de terugplaatsing van ene of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte ten einde zwangerschap te doen ontstaan.*

*Een volledige poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige poging kan echter ook bestaan uit fase b, c en d. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF behandeling waaruit zij zijn ontstaan.*

*Voorwaarden*

- Wij moeten vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.*
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis*
- 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 aanspraak op MESA/IVF en PESA/IVF als de behandeling in studieverband, gericht op de ontwikkeling van kinderen die aldus verwekt zijn, wordt uitgevoerd..*
- Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is van toepassing."*

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt vervolgens in artikel 2.4 van de zorgverzekering 2006 en 2007 bepaald:

*"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."*

Met betrekking tot het vervoer van zieken is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 25 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering 2006 en artikel 26

van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering 2007:

*"U heeft aanspraak op ziekenvervoer:*

*- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komt*

*(...)*

*Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule.."*

Ten aanzien van de vergoeding van genoten zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, bepaalt artikel 29 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering 2006, voor zover hier relevant, het volgende:

*"(...)*

*In het geval een verzekerde hulp inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in de polis is aangegeven (...)."*

In aansluiting hierop bepaalt artikel 12 van de zorgverzekering 2006 het navolgende:

*"(...)*

*12.2 Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten (...).*

*12.4 Indien de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed. Indien en voor zover artikel 12.2 niet van toepassing is, geldt ten aanzien van de aanspraak op vergoeding van kosten dat vergoeding plaatsvindt tot maximaal:*

*- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*

*- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag."*

In de zorgverzekering van 2007 wordt in artikel 18, voor zover van belang, het volgende bepaald:

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

*- (...)*

*- vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:*

*- indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*

*- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*

*- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

- 7.3. De regeling van de bovengenoemde artikelen is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de zorgverzekering 2006 en 2007, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en

de Rzv.

- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de 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 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar inhoud en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv. In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding. 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. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Als eerste wordt door de commissie de vraag beantwoord of een koppeling van MESA-behandeling met de aanspraak IVF als verzekerde prestatie voor een vrouw kan worden gemaakt. Nu de indicatie voor een IVF ligt in de verminderde vruchtbaarheid van de vrouw en de indicatie voor MESA-behandeling ligt in de subfertiliteit bij de man, gericht op het verkrijgen van mannelijk zaad voor het verwekken van genetisch eigen nakomelingen, is de commissie van oordeel dat de MESA-behandeling een aparte operatieve ingreep bij de man betreft die op zichzelf dient te worden beoordeeld.
- 7.7. De vraag is vervolgens of een MESA-behandeling, zoals die op 21 augustus 2006 bij verzoeker heeft plaatsgevonden, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor als een verzekerde prestatie in de zin van de polisvoorwaarden kan worden beschouwd.
- 7.8. Bij de beoordeling hiervan wordt het principe van “evidence based medicine” gebruikt. Dit is het proces van het systematisch vinden, analyseren en gebruiken van de bestaande onderzoeksbevindingen als een basis voor (klinische) beslissingen. Hierbij is van belang dat er specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval gebruikt wordt.
- 7.9. Uit de indeling van methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken en het niveau van de conclusies, zoals onder meer door het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO), het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, gebruikt voor de ontwikkeling van haar richtlijnen, volgt dat de navolgende onderzoeksmethode dé gouden standaard is voor de vaststelling van de effectiviteit van een behandeling:

*Eén meta-onderzoek van de systematische reviews van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende*



*klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang.*

Indien uit minimaal twee randomized clinical trials (gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende klinische studies) blijkt dat de behandeling in kwestie een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe in de internationale kring van de beroepsgenoten geldend is, dan kan gesproken worden van een 'gebruikelijke' behandeling in de internationale kring van de beroepsgenoten.

- 7.10. Een recent onderzoek van 12 juli 2007 door het College voor zorgverzekeringen naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de MESA-behandeling bij de indicatie azoöspermie als gevolg van sterilisatie, heeft geleid tot de conclusie dat, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, al geruime tijd sprake is van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor als een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering 2006 en die van 2007 kan worden beschouwd.
- 7.11. Met betrekking tot de door verzoekster ondergane IVF-behandeling merkt de commissie op dat, nu de eerste IVF-behandeling in januari 2007 heeft plaatsgevonden, deze tegen achtergrond van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2007 dient te worden beoordeeld. Dit leidt tot de conclusie dat ook de eerste IVF-behandeling voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.12. Het is de commissie gebleken dat voor de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet en daarmee de zorgverzekering, niet is aangesloten bij de Wbmg. Dit betekent dat een verzekerde op basis van de huidige wetgeving voor een eerste, tweede of derde IVF-poging mag uitwijken naar het buitenland.
- 7.13. Gezien de mededeling van de zorgverzekeraar bij faxbericht van 16 juli 2007, staat nog louter ter discussie de vraag of de zorgverzekeraar gehouden is de werkelijke kosten van de behandeling te Gent te vergoeden, alsmede de reiskosten. Ten aanzien van de behandeling van beide verzoekers is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar in zijn zorgplicht is tekort geschoten. Als aanbieder van een zorgverzekering in natura, heeft de zorgverzekeraar de (resultaat)verplichting de verzekerde te informeren over de door hem gecontracteerde zorgaanbieders en de plaats waar de zorg kan worden verkregen die, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en daarmee een verzekerde prestatie is. Het – gelijk in het onderhavige geval door de zorgverzekeraar is gedaan -- louter verwijzen naar een website van een lotgenotenvereniging is daarvoor onvoldoende, temeer nu verzoekers herhaaldelijk en expliciet hebben verzocht om een verwijzing naar een vergunninghoudend ziekenhuis in Nederland. Daarom is sprake van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst door de zorgverzekeraar. De daardoor ontstane schade dient om die reden naar het oordeel van de commissie dan ook – in redelijkheid – ten laste van de zorgverzekeraar te komen. Hiertoe rekent de commissie ten eerste alle kosten die door het UZ Gent en het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid voor de onderhavige behandeling in rekening worden gebracht.

Voorts neemt de commissie aan dat verzoekers, gezien hun woonplaats, op het dichtstbijzijnde universitaire ziekenhuis, na het EMC, te weten het LUMC aangewezen zouden zijn, indien zij wél tijdig de juiste informatie zouden hebben ontvangen. Om die reden acht de commissie het redelijk verzoekers een reiskostenvergoeding toe te kennen op basis van het aantal kilometers van de woning tot het UZ Gent (161,6 kilometer) minus de afstand van de woning tot het LUMC (45,3 kilometer) met een kilometervergoeding volgens de fiscale norm van € 0,19 per kilometer. Tot slot meent de commissie aan te moeten geven dat de eigen bijdrage voor de hormonale behandeling ter rijping van de eicellen, zoals die volgens het GVS te gelden heeft, onverkort van toepassing blijft.

- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek met inachtneming van het onder 7.13 gestelde dient te worden toegewezen. Het meer of anders verzochte komt niet voor vergoeding in aanmerking.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het onder 7.13 gestelde, voor drie IVF-behandelingen toe, en bepaalt voor het overige dat het meer of anders verzochte niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekers dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 8 augustus 2007

Voorzitter