



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te  
Wageningen  
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, fertiliteitsonderzoek, ontbreken  
verwijzing, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201701429  
Zittingsdatum : 13 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering FNV TandZorg 4 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van semenanalyse, uitgevoerd te Münster, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld meer informatie nodig te hebben teneinde de aanvraag te kunnen beoordelen. Bij die gelegenheid heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker gevraagd om een afschrift van een voorafgaande verwijzing van een huisarts of medisch specialist in Nederland, een behandelverslag van de behandelend arts en een volledig ingevuld en ondertekend 'aanvraagformulier fertiliteitsbehandeling in het buitenland', welk formulier bij de brief was gevoegd.
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de volledige kosten te voldoen zonder de gevraagde aanvullende informatie aan te leveren. Bij brief van 13 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. Bij brief van 12 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing gehandhaafd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 december 2017 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
  - 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2018 aan verzoeker gezonden.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen telefonisch te worden gehoord.
  - 3.8. Bij brief van 1 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 29 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018022605) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, omdat het geschil ziet op de vraag of een voorafgaande verwijzing aanwezig is en of sprake is van een telefonische toezegging. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 30 mei 2018 aan partijen gezonden.
  - 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 juni 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.
  - 3.10. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld uiteen te zetten welke informatie hij precies van verzoeker nodig heeft. Bij brief van 18 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 25 juni 2018 heeft verzoeker nadere informatie opgestuurd. Deze informatie is in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 juli 2018 op de nagekomen informatie gereageerd. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 20 juli 2018 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
  - 3.11. Bij brief van 27 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 augustus 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van de medisch adviseur de juiste DBC-zorgproductcode heeft toegepast. Een afschrift van dit advies is op 22 augustus 2018 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft op 23 september 2015 met de huisarts gesproken over de kinderwens die hij heeft met zijn Duitse vriendin. Zij is woonachtig in Duitsland en daar ook verzekerd. De kinderwens was op dat moment al twee jaren aanwezig en had slechts éénmaal geleid tot een zwangerschap, die helaas in een miskraam is geëindigd. De huisarts heeft verzoeker verwezen naar een fertilitetskliniek in Nederland, waar op 30 september 2015 een semenonderzoek heeft plaatsgevonden. De uitslag hiervan heeft verzoeker op 21 oktober 2015 opgehaald bij de huisarts en meegenomen naar het UKM Kinderwunschzentrum, waar verzoeker en zijn vriendin een afspraak hadden op 29 oktober 2015. Aldaar werd verzoeker medegedeeld dat de waarden van de in

Nederland verrichte analyse niet goed waren, en dat dit waarschijnlijk is gekomen door schade aan het ejaculaat, veroorzaakt door een te lage temperatuur. Dit is gekomen doordat het ejaculaat te lang op de balie heeft gestaan bij de fertiliteitskliniek in Nederland. Aan verzoeker werd verteld dat het onderzoek daarom moest worden overgedaan in Duitsland.

- 4.2. Verzoeker heeft hierop, op 30 oktober 2015, telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker vertelde hem dat geen contract aanwezig was met de Duitse kliniek, maar dat verzoeker vanwege het restitutiekarakter van de zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van 100 percent van het Nederlandse tarief. Verzoeker kon met het UKM een afspraak maken, de onderzoeken laten plaatsvinden en de kosten hiervan declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Op 19 november 2015 hebben de onderzoeken plaatsgevonden, waarop verzoeker de facturen ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar deelde verzoeker vervolgens mede dat een voorafgaande verwijzing van de huisarts nodig was alsmede een behandelverslag van de behandelend arts en een volledig ingevuld en ondertekend 'aanvraagformulier fertiliteitsbehandeling in het buitenland'. Dit alles is verzoeker echter niet tijdens het op 30 oktober 2015 gevoerde telefoongesprek medegedeeld. Ook staat in de door de medewerker gemaakte notitie van het betreffende gesprek dat gezegd zou zijn dat een verwijzing en behandelverslag noodzakelijk waren. Verzoeker ontkent echter dat dit hem is verteld. Overigens staat ook in de betreffende notitie niet dat is gesproken over een in te vullen formulier. Het zou op de weg van de betrokken medewerker hebben gelegen het betreffende formulier aan verzoeker te zenden, doch dit is niet gebeurd. Tot slot is de ziektekostenverzekeraar er niet in geslaagd aan te tonen dat een eenmaal gemaakte telefoonnotitie naderhand niet meer kan worden aangepast.
- 4.4. Indien verzoeker voorafgaand aan de onderzoeken over de juiste informatie had beschikt, had hij hiernaar gehandeld, en waren de facturen niet onbetaald gebleven. Verzoeker is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de facturen alsnog volledig te voldoen. Hij benadrukt dat ook een mondelinge overeenkomst kan worden aangegaan, die bindend is voor beide partijen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij heeft gehandeld naar hetgeen tijdens het telefoongesprek met de medewerker van de ziektekostenverzekeraar is gezegd. Hij heeft gevraagd wat de procedure is. Hierin ligt de vraag besloten wat de voorwaarden zijn voor vergoeding. De vriendin van verzoeker heeft meegeluisterd met het gesprek, en de woorden 'verwijzing' en 'behandelverslag' zijn niet genoemd. Verzoeker kon naar Duitsland voor het onderzoek en kon de nota's achteraf indienen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd naar een gespreksnotitie. Deze zou er niet zijn. Maanden later ontving hij de notitie echter alsnog. Als deze wordt gelegd naast de notitie die verzoeker zelf van het gesprek heeft gemaakt, blijkt dat beide bijna identiek zijn, op de vermelding van het behandelverslag en de verwijzing na. Hierdoor lijkt het of de ziektekostenverzekeraar de gespreksnotitie van verzoeker als uitgangspunt heeft genomen en deze heeft aangevuld.
- 4.6. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 juli 2018 heeft verzoeker bij e-mailbericht van 20 juli 2018 (met een bijgevoegde brief gedateerd op 25 juni 2018) benadrukt dat hem door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar niet is gezegd dat hij een verwijzing en behandelverslag nodig had. Toch probeert de ziektekostenverzekeraar verzoeker de schuld in de schoenen te schuiven vanwege het feit dat hem tweemaal zou zijn verzocht om toezending van informatie. Tevens is het uitgekeerde (lage) bedrag van € 408,87 een belediging voor verzoeker en allen die bij dit geschil zijn betrokken. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC-zorgproduct ziet op een IVF-behandeling, die verzoeker uiteraard niet heeft ondergaan.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Bij verzoeker is sprake van geplande zorg. Hierop bestaat aanspraak als men beschikt over een voorafgaande verwijzing van de huisarts of een medisch specialist. Een dergelijke verwijzing ontbreekt in de situatie van verzoeker, hetgeen de primaire reden is dat vergoeding van de door hem ingediende facturen is afgewezen. Voorts is uit de nota's niet op te maken of de verleende zorg voldoet aan de voorwaarden die de zorgverzekering hieraan stelt, zodat is gevraagd om het behandelverslag. Dit stuk is echter niet van verzoeker ontvangen.
- 5.2. Verzoeker beroept zich op een telefoongesprek van 30 oktober 2015. Hiervan is de volgende notitie gemaakt: *"Vraag: Dhr en zijn partner zijn onder behandeling in Münster ivm ivf, zij is in Duitsland verzekerd, bij dhr moet er een uitgebreid sperma onderzoek plaatsvinden, hoe zit het met de vergoeding? Antwoord: Nagevraagd. In Münster is dat wel 100% vergoeding, erkende behandeling, NL's tarief. Hij heeft een ZorgZó polis. Eerst voorschieten, achteraf indienen. Plus verwijzing arts en behandelverslag. Andere optie is het onderzoek in NL te laten doen, en het resultaat meenemen. Hij gaat nu eerst overleggen met Münster wat hun voorkeur heeft. Mogelijk belt hij nog terug. Zijn vrouw heeft een Duitse zorgverzekering"*.
- 5.3. Uit de gespreksnotitie blijkt dat de medewerker verzoeker erop heeft gewezen dat een voorafgaande verwijzing en behandelverslag nodig waren en dat deze samen met de nota's achteraf bij de ziektekostenverzekeraar konden worden ingediend. Volgens verzoeker is dit echter niet besproken. Gesprekken worden steekproefsgewijs opgenomen voor trainingsdoeleinden. Deze gesprekken worden maar drie weken bewaard. Er is dan ook niet meer te achterhalen wat precies met verzoeker is besproken. De werkinstructies van de afdeling advies houden echter in dat hetgeen is besproken ook wordt vastgelegd in de contactregistratie. Hieraan conformeert de ziektekostenverzekeraar zich. De kans op miscommunicatie is altijd aanwezig. Niet alle verzekerden krijgen alle informatie mee die aan hen wordt medegedeeld. In zaken waarin een discussie bestaat over een telefonische mededeling, laat de ziektekostenverzekeraar de contactregistratie zwaar meewegen in zijn beslissing. Een verzekerde mag erop vertrouwen telefonisch correct en volledig te worden geïnformeerd.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het spermaonderzoek onder medisch specialistische zorg valt, mits vooraf een schriftelijke verwijzing heeft plaatsgevonden door een huisarts of medisch specialist. Dit is ook wat de medewerker van de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoeker heeft verteld. Toen de ziektekostenverzekeraar de nota's van verzoeker ontving, zat hierbij geen verwijzing. Om een DBC-zorgproductcode te kunnen bepalen moet een aantal zaken kunnen worden beoordeeld, zoals:
- om welke fertiliteitsbehandeling het gaat;
  - welke behandeling de man betreft en welke de vrouw;
  - of de verzekerde wel of niet gebruikmaakt van een behandeling die in Nederland niet wetenschappelijk is bewezen.
- Deze gegevens zijn niet vermeld op de nota, zodat de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om aanvullende informatie. Deze informatie is tevens nodig teneinde de indicatie en de doelmatigheid van de behandeling te kunnen beoordelen. Als verzoeker de benodigde informatie alsnog indient, kan deze beoordeling worden uitgevoerd.
- 5.5. Na ontvangst van de aanvullende informatie heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 5 juli 2018 medegedeeld dat verzoeker recht heeft op vergoeding van de door hem gemaakte zorgkosten tot een bedrag van € 408,87 op basis van de DBC-zorgproductcode 14G173.972804006. Hierbij tekent de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoeker pas in een zeer laat stadium de gevraagde informatie heeft aangeleverd, zodat het aan de commissie betaalde entreegeld van € 37,- voor rekening van verzoeker dient te blijven.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Welke zorg*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van:*

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek,*
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)"*

- 8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen voorts wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op fertiliteitsbevorderende behandelingen. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Welke zorg*

*Medisch specialistische zorg zoals bedoeld in dat artikel omvat bij overige fertiliteitbevorderende behandelingen: gynaecologische behandelingen die de fertiliteit (vruchtbaarheid) bevorderen (bijvoorbeeld O.I. en I.U.I.) (...)"*

*Welke zorgaanbieder*

*U kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog.*

*Verwijzing*

*U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van overige fertiliteitbevorderende behandelingen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist. (...)"*

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen tot slot wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Welke zorg*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. 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 vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.*

*Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. (...)"*

- 8.6. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Medisch-specialistische zorg, waaronder fertiliteitsbevorderende behandelingen zijn begrepen, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar informatie ingewonnen. Er was op dat moment geen sprake van een verzoek om toestemming, aangezien verzoeker nog met zijn vriendin wilde overleggen over de plaats van behandeling. Hieruit volgt dat de verordening buiten toepassing blijft en dat het recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dat verband heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij verzoeker heeft medegedeeld dat een geldige verwijzing van een huisarts of medisch specialist ontbreekt, zodat geen aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

9.2. Gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering is voor vergoeding van de kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen, waaronder semenanalyse kan worden begrepen, noodzakelijk dat een voorafgaande verwijzing door de huisarts of een medisch specialist plaatsvindt. Na de hoorzitting is gebleken dat verzoeker over een geldige verwijzing beschikte. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens beoordeeld wat de hoogte van de vergoeding is. Hij heeft aangesloten bij DBC-zorgproductcode 972804006, met als omschrijving: *"Man | Diagnostisch (zwaar)/Therapeutisch licht | Infertilititeit (...) Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij verminderde vruchtbaarheid man"*. Het betreft een code uit het zogenoemde 'gereguleerde' segment. Hierbij komen de tarieven tot stand door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Wel geldt een maximumtarief. In 2015 bedroeg dit tarief € 408,87. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker dienovereenkomstig een vergoeding verleend. Gelet op de behandeling die bij verzoeker is uitgevoerd, komt de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode de commissie juist voor. Dit volgt tevens uit het definitief advies van het Zorginstituut van 22 augustus 2018. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen door hem is aangevoerd kan niet leiden tot een ander oordeel.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de bij verzoeker uitgevoerde onderzoeken, zodat ten laste van die verzekering geen hogere vergoeding kan worden verleend.

**Conclusie**

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding van € 408,87, en dat zijn verzoek het meerdere te vergoeden, moet worden afgewezen.

9.5. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure is tegemoet gekomen aan het verzoek, is deze gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden. De commissie passeert de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker nalatig is geweest in het aanleveren van de informatie, en dan met name de verwijzing. Kennelijk is de communicatie hierover in eerste instantie niet helder geweest.





10. Het bindend advies



10.1. De commissie stelt vast dat verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding van € 408,87 en wijst vergoeding van het meerdere af.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 19 september 2018,



G.R.J. de Groot

