

ANONIEM

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C, tegen D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, in-vitrofertilisatie (IVF)
Zaaknummer : 2010.02348
Zittingsdatum : 17 augustus 2011

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd C,

tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op in-vitrofertilisatie (IVF) (verder: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 september 2010 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 1 april 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 juni 2011 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 juni 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 16 juni 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 21 juni 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011063446) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een IVF-behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 17 augustus 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Ter zitting is afgesproken dat de medisch adviseur van de zorgverzekeraar contact zou opnemen met verzoekster, teneinde de ovariële reserve van verzoekster nader te onderzoeken. Bij brief van 16 september 2011 heeft de zorgverzekeraar de commissie over de uitkomst van dit onderzoek bericht. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 25 september 2011 heeft verzoekster een nadere reactie gegeven. Een afschrift van dit schrijven is aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 19 oktober 2011 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 29 november 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ heeft hierbij de commissie geadviseerd het verzoek toe te wijzen, op de grond dat geen goede tests beschikbaar zijn om de ovariële reserve te bepalen. De medisch adviseur van het CVZ acht het verdedigbaar de eerste IVF-cyclus te gebruiken als test. Gelet op het feit dat verzoekster een reguliere cyclus heeft en aanwijzingen bestaan dat zij ovulaties heeft, is verzoekster redelijkerwijs aangewezen op de eerste IVF-cyclus. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 14 december 2011 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een IVF-behandeling. In eerste instantie werd haar medegedeeld dat bij patiënten ouder dan 41 jaar een schriftelijk verzoek moet worden ingediend door de behandelend arts. Nadat verzoekster een klacht had ingediend en de behandelend arts contact had opgenomen met de zorgverzekeraar, bleek dat de zorgverzekeraar zich op het standpunt stelt dat IVF geen doelmatige behandeling is bij patiënten ouder dan 40 jaar. Deze afwijzing acht verzoekster in strijd met de toepasselijke richtlijnen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het vreemd is dat de zorgverzekeraar verschillende richtlijnen toepast die met elkaar in strijd zijn. Zo werd gesteld dat boven de leeftijd van 40 jaar geen vergoeding mogelijk is, maar wordt tegelijkertijd vanaf 41 jaar gevraagd om een schriftelijke aanvraag door de behandelend arts. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij op de leeftijd van 41 jaar spontaan zwanger is geworden. Zij heeft het kindje echter verloren. Op haar 43^e heeft stimulatie

plaatsgevonden. Hierbij is gebleken dat fertilisatie mogelijk was.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat uit een NVOG-richtlijn uit 1998 blijkt dat de kansen op een zwangerschap boven het 40^e levensjaar dusdanig zijn afgenomen dat de behandeling niet meer opweegt tegen de risico's, kosten en belasting. Als het in de toekomst mogelijk zou worden de invloed van ovariële veroudering te meten, zal deze leeftijdsgrens mogelijk geïndividualiseerd kunnen worden. Zolang dit niet het geval is, wordt in de richtlijn IVF boven het 40^e levensjaar nadrukkelijk afgewezen. Zoals in het pakketadvies van het CVZ van 2010 is te lezen, is tot op heden nog steeds niet betrouwbaar vast te stellen of een vrouw over voldoende ovariële reserve beschikt. De richtlijn uit 1998 is daarom nog steeds onverkort van toepassing. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op IVF ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de kans op een zwangerschap vanaf de leeftijd van 40 jaar sterk is verlaagd. De zorgverzekeraar mag de aanvraag echter niet om die reden afwijzen, omdat het CVZ heeft bepaald dat moet worden gekeken naar de ovariële reserve.

5.3. In zijn reactie op het definitieve CVZ-advies van 14 december 2011 heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat het CVZ geen wetenschappelijke onderbouwing heeft gegeven voor de betrouwbaarheid van een eerste IVF-behandeling als test voor de ovariële reserve. Bovendien wordt dit ook niet als test aanbevolen in richtlijnen van de NVOG. Verzoekster was ten tijde van de eerste IVF-behandeling 43 jaar oud. In de Verenigde Staten resulteerde in 2008 6 percent van de IVF-cycli in een levendgeborene bij vrouwen van deze leeftijd. In Nederland bestaan niet zulke gedetailleerde gegevens, maar het is niet waarschijnlijk dat het percentage in Nederland erg zal afwijken van dat in de Verenigde Staten. De succeskans van IVF bij vrouwen van 43 jaar oud is zeer gering en een IVF-behandeling lijkt op basis hiervan dan ook niet doelmatig.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. 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. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 42 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden. (...)

De volgende zorg vergoeden wij niet:

a. *de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. Ook de geneesmiddelen die daarbij horen, vergoeden wij niet meer na deze derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan. (...)*”

8.4. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

8.5. De artikelen 2.5 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat IVF een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, voor zover het aantal van drie pogingen nog niet is overschreden. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster hiervoor ten tijde van de aanvraag een indicatie had.
- 9.2. Het CVZ heeft het standpunt ingenomen (zie onder andere het rapport 'In-vitrofertilisatiebehandelingen, een verkenning van 2 april 2010') dat IVF is aangewezen tot de leeftijd van 41 jaar. Tussen 41 en 45 jaar hangt de indicatie af van de ovariële reserve van de vrouw in kwestie. Na het 45^e levensjaar is geen sprake (meer) van het gebrekkig functioneren van een orgaan of een aandoening, maar van een natuurlijk proces van verminderde vruchtbaarheid. Er is dan geen indicatie voor IVF (meer) aanwezig.
- 9.3. Verzoekster was ten tijde van de aanvraag 43 jaar. De vraag die beantwoord dient te worden is derhalve of haar ovariële reserve op dat moment voldoende voor een IVF-behandeling.
Gelet op het voorlopig advies van het CVZ van 21 juni 2011 bestaat nog geen individuele test om de ovariële leeftijd vast te stellen. Stimulatie is de enige manier om de mate van respons op hormonale stimulatie te bepalen. Het CVZ komt in zijn voorlopig advies tot de conclusie dat op basis van de beschikbare informatie niet is aangetoond dat bij verzoekster stimulatie en fertilisatie mogelijk is, zodat zij niet redelijkerwijs is aangewezen op een IVF-behandeling.
- 9.4. In het definitieve advies van het CVZ van 29 november 2011 wordt evenwel geadviseerd de eerste IVF-behandeling toch toe te wijzen, zodat deze als test kan dienen om de ovariële reserve te bepalen. De zorgverzekeraar heeft de keuze voor deze benadering gemotiveerd bestreden.
De commissie stelt vast dat het CVZ-advies een wetenschappelijke onderbouwing mist en dat er geen reden is af te wijken van eerdere bindende adviezen. Blijft de vraag of in het licht van die adviezen de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.
- 9.5. De behandelend gynaecoloog spreekt van een verminderde ovariële reserve en een enigszins sombere prognose ten aanzien van het succesvol verlopen van de fertiliteitsbehandelingen. Gelet hierop kan worden betwijfeld of verzoekster over een voldoende ovariële reserve beschikt.
Zoals hiervoor is overwogen, bestaat tot op heden geen betrouwbare test om vast te stellen dat sprake is van voldoende ovariële reserve, zodat het onmogelijk is aan te tonen dat aan deze voorwaarde is voldaan. Om verzoekster in deze bewijsnood tegemoet te komen is de zorgverzekeraar, in overeenstemming met het definitieve advies van het CVZ, gehouden de eerste IVF-poging aan verzoekster te vergoeden.
- 9.6. De zorgverzekeraar heeft beargumenteerd dat de behandeling niet doelmatig is, daarbij onder andere verwijzend naar het geringe succespercentage van de behandeling bij vrouwen van de leeftijd van verzoekster in de Verenigde Staten. De commissie komt in dezen slechts een marginale toetsing toe. In dat verband stelt de commissie dat een aanvraag en daarmee ook de doelmatigheid van een bepaalde behandeling op individuele basis dient te worden beoordeeld, zodat niet kan worden volstaan met een enkele verwijzing naar succespercentages die betrekking hebben op een groep.

De zorgverzekeraar heeft dan ook niet in redelijkheid tot de conclusie kunnen komen dat de onderhavige zorg bij verzoekster niet doelmatig is.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 8 februari 2012,

Voorzitter