

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, IVF, leeftijd, indicatie
Zaaknummer : 2010.01695
Zittingsdatum : 13 april 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ideaalpakket en Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een IVF-behandeling (In Vitro Fertilisatie) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 november 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar 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 ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 februari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 april 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 februari 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 7 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011017568) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat verzoekster ten tijde van de behandelingen jonger was dan 45 jaar; uit de medische gegevens blijkt dat bij haar een indicatie aanwezig is, en zij redelijkerwijs is aangewezen op IVF. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 13 april 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 14 april 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 april 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in het verleden meerdere miskramen gehad. Vanwege haar leeftijd is in 2009 gekozen voor behandeling met IVF. Na het ondergaan van de eerste behandeling heeft een familielid haar verteld dat aan deze behandeling een leeftijds-grens is verbonden. Daarom heeft zij alsnog een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Verzoekster stelt dat in artikel 20.5 van de zorgverzekering enkel staat vermeld dat geen recht op vergoeding bestaat na de derde IVF-poging per zwangerschap. Over een leeftijdsgrens wordt niets vermeld. Daarom mocht zij er op grond van de polisvoorwaarden van uitgaan dat de kosten van de eerste drie IVF-pogingen vergoed zouden worden. Dat de ziektekostenverzekeraar thans verwijst naar allerlei richtlijnen, waarvan redelijkerwijs niet verwacht kan worden dat verzoekster hiervan op de hoogte is, doet dan ook niet af aan de onduidelijkheid van deze voorwaarden.
- 4.3. Desgevraagd heeft verzoekster de commissie medegedeeld dat de IVF-behandelingen hebben plaatsgevonden op 11 november 2009, 27 januari en 7 juni 2010. Verzoekster is evenwel van mening dat deze informatie niet relevant is voor dit geschil, omdat zij duidelijkheid wenst over de door de ziektekostenverzekeraar ge-

stelde leeftijdsgrens voor IVF-behandeling. Daarbij bestaat een IVF-behandeling uit meerdere fasen. Deze begint met hormoonbehandelingen. Daarna worden de rijpe eicellen aangeprikt en enkele dagen later wordt het embryo teruggeplaatst. De datum van de terugplaatsing is dus niet alleen bepalend.

- 4.4. Aangezien de behandelend arts verzoekster er niet op heeft gewezen dat een leeftijdsgrens wordt gehanteerd voor IVF, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een coulancevergoeding toegezegd voor de eerste behandeling. De overige behandelingen worden niet vergoed. Verzoekster heeft echter de afwijzing pas ontvangen, nadat de tweede IVF-behandeling reeds was gestart. Indien de commissie het verzoek afwijst, dient de ziektekostenverzekeraar in ieder geval de kosten van de tweede IVF-behandeling te vergoeden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de leeftijdsgrens van 41 jaar niet in de polisvoorwaarden is opgenomen. Deze was voor haar dan ook niet kenbaar. Een IVF-poging bestaat uit meerdere fasen. De tweede IVF-poging is op 17 december 2009 begonnen met de hormooninjecties. Op 27 januari 2010 heeft de punctie plaatsgevonden. Zij heeft weliswaar vóór 17 december 2009 geïnformeerd naar de vergoeding van IVF, maar het antwoord kwam eerst op 23 december 2009. Dus na aanvang van de tweede poging. Verzoekster benadrukt dat geen betrouwbare test bestaat voor het meten van de ovariële leeftijd. Verzoekster is afgegaan op de informatie van haar arts. Als zij had geweten dat er een leeftijdsgrens was, was zij eerder met deze behandeling begonnen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een IVF-behandeling boven de leeftijd van 40 jaar niet doelmatig is. Het is een natuurlijk proces dat de vruchtbaarheid met het toenemen van de leeftijd afneemt. Er is dus geen sprake van gebrekkig functioneren van een orgaan of van een aandoening. Een verzekeringsindicatie voor de gevraagde behandeling ontbreekt zodoende.
 - 5.2. In reactie op de stelling van verzoekster dat de polisvoorwaarden alleen vermelden dat men geen recht heeft op vergoeding na de derde IVF-poging per zwangerschap en dat de leeftijdsgrens niet wordt vermeld, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het niet mogelijk is alle richtlijnen en standpunten van beroepsgroepen op te nemen in de polisvoorwaarden.
 - 5.3. Aangezien de behandelend arts heeft nagelaten verzoekster erop te wijzen dat de behandeling, gezien de leeftijd, niet wordt vergoed, heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van de eerste IVF-behandeling alsnog bij wijze van uitzondering vergoed. Met de brief van 24 december 2009 is verzoekster geïnformeerd over de leeftijdsgrens. Vanaf dat moment was zij dus op de hoogte hiervan. Verzoekster is op 27 januari 2010 begonnen met de tweede IVF-behandeling. Daarom wordt de tweede IVF-behandeling niet vergoed.
 - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet alle aanvullende voorwaarden kunnen worden opgenomen in de polis. Verzoekster was ten tijde van de eerste behandeling nog niet op de hoogte van de leeftijdsgrens.

Daarom is de eerste behandeling vergoed. Ten tijde van de tweede poging was verzoekster, gelet op haar brief met de vraag hoe te handelen, wel hiervan op de hoogte. Er bestaat geen betrouwbare test om de individuele ovariële leeftijd te meten. Om die reden hanteert de ziektekostenverzekeraar een vaste leeftijdsgrens. Het verbaast de ziektekostenverzekeraar dat het CVZ een indicatie aanwezig acht, omdat deze achteraf is vastgesteld. Een indicatie dient vooraf te worden gesteld.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een IVF-behandeling 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg zonder opname bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op medisch-specialistische zorg zonder opname.

(...)

- Als het gaat om in-vitrofertilisatie (IVF) moet de zorginstelling de wettelijk vereiste vergunningen hebben.

(...)”

- 8.3. In artikel 20.5 van de zorgverzekering zijn de uitsluitingen op artikel 20.1 tot en met 20.4 opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“20.5. Zorg waar u geen recht op hebt

Op de volgende zorg hebt u geen recht:

a. in-vitrofertilisatiebehandelingen (IVF) na de derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan. Ook op de geneesmiddelen die daarbij horen, hebt u na deze derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan, geen recht meer;

(...)”

- 8.4. In artikel 2.5 van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg, zoals omschreven in de polisvoorwaarden, wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verant-

woorde en adequate zorg en diensten. De verzekerde heeft recht op die zorg waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.5. De artikelen 2.5 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 20.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op geneeskundige zorg zonder opname; een IVF-behandeling valt onder deze aanspraak. Ingevolge artikel 2.5 van de zorgverzekering bestaat slechts aanspraak op zorg voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Daarom heeft verzoekster volgens de polisvoorwaarden niet zonder meer aanspraak op een IVF-behandeling, maar zal moeten worden beoordeeld of zij daarvoor een indicatie heeft.

Indicatie

- 9.2. Het CVZ heeft in 2006 geadviseerd IVF-behandelingen te vergoeden tot en met de leeftijd van 44 jaar, waarbij sprake moet zijn van aangetoonde effectiviteit op basis van een individuele test. Inmiddels is gebleken dat een dergelijke test (nog) niet bestaat. Het CVZ heeft in zijn advies van 7 maart 2011 geconcludeerd dat uit de medische gegevens van verzoekster blijkt dat bij haar een indicatie aanwezig was voor een IVF-behandeling. Verzoekster was daarom redelijkerwijs aangewezen op deze zorg. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.
- 9.3. De drie IVF-pogingen die verzoekster heeft ondergaan komen daarom op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking. Nu de kosten van de eerste IVF-poging reeds uit coulance zijn vergoed, dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tweede en derde IVF-poging aan verzoekster te vergoeden.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met in achtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 11 mei 2011,

Voorzitter