

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, in-vitrofertilisatie (IVF) en
intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI)
Zaaknummer : 2011.02409
Zittingsdatum : 11 juli 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Standaardverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam gevolmachtigde] Aanvullende Verzekering Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van in-vitrofertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI), uitgevoerd in de Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 oktober 2010 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 10 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 29 november 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 29 januari 2012 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012041604) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster gezien haar leeftijd geen sprake is van het gebrekkig functioneren van een orgaan of van een aandoening, maar van een natuurlijk proces van verminderde vruchtbaarheid. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 juli 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 12 juli 2012 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. Bij brief van 20 juli 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij e-mail van 29 juli 2012 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster voert aan dat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde leeftijdsgrens van 45 jaar niet is opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. Leidend is de internationale stand van de wetenschap en praktijk. In andere landen – waaronder de Verenigde Staten – wordt een leeftijdsgrens gehanteerd van 50 jaar. Hiervan dient te worden uitgegaan. Dit klemmt temeer nu de richtlijnen van de NVOG achterhaald zijn, en door het CVZ in zijn adviezen geen absolute leeftijdsgrens wordt genoemd. Bovendien is in het buitenland de ervaring met zwangerschappen op oudere leeftijd in de afgelopen jaren toegenomen. Dat de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is geweest, blijkt uit het feit dat verzoekster in augustus 2011 een zoon heeft gekregen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar situatie niet kan worden vergeleken met eerdere uitspraken van de commissie, waar het ging om verminderde vruchtbaarheid. Voordat de kritische leeftijd werd bereikt, was sprake van een aandoening die niet werd onderkend. Toen deze aan het licht kwam, werd duidelijk waarom verzoekster nooit een zwangerschap heeft kunnen uitdragen. Er kan niet worden gesproken van een zuiver natuurlijk proces van verminderde vruchtbaarheid. Het feit dat de aandoening pas laat aan het licht is gekomen, dient te worden meegenomen in de beoordeling.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de maximale leeftijd voor IVF 45 jaar. Dit volgt uit een standpunt van het CVZ, waarbij het CVZ is uitgegaan van de principes van de evidence based medicine. Aangezien verzoekster ten tijde van de aanvraag 48 jaar was, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de IVF- en ICSI-behandelingen, ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies duidelijk is. Bij het bereiken van de overgangsleeftijd is sprake van een verminderde vruchtbaarheid. Verzoekster was ten tijde van de behandeling 48 jaar oud, zodat zij geen indicatie had voor een IVF-behandeling. Hetgeen door verzoekster naar voren is gebracht ten aanzien van de oorzaak van het niet zwanger kunnen blijven, te weten de buikklachten, vormt geen aanleiding tot een andere conclusie. Er kan niet worden voorbijgegaan aan de leeftijdsgrens. Indien het andersom is, bijvoorbeeld een vervroegde menopauze op dertigjarige leeftijd, kan wel een indicatie bestaan.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling met IVF en overige fertiliteitbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;*
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);*
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;*
- d. het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan. (...)*

Wanneer is er sprake van een IVF-poging?

Een IVF-poging wordt geacht te zijn begonnen wanneer:

- de geneesmiddelen zijn toegediend (fase a), en/of;*
- een follikelpunctie heeft plaatsgevonden in de natuurlijke cyclus (fase b).*

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen.

Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. (...)

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed (...) tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*

- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.6. De artikelen 1.2, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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. Medisch-specialistische zorg, waaronder IVF, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op de door partijen ingenomen standpunten, is de vraag allereerst of de behandeling met IVF en ICSI voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek me-

thodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.4. De commissie is gebleken dat IVF- en ICSI-behandelingen conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn en zodoende een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had.
- 9.5. Het CVZ heeft het standpunt ingenomen (zie onder andere het rapport 'In vitro fertilisatiebehandelingen, een verkenning van 2 april 2010') dat IVF doelmatig is tot de leeftijd van 41 jaar. Tussen 41 en 45 jaar hangt de doelmatigheid af van de ovariële reserve van de vrouw in kwestie. Na het 45^e levensjaar wordt IVF in Nederland niet doelmatig geacht. Het CVZ heeft in een advies van 25 mei 2010 (zaaknummer 29128835) medegedeeld dat bij vrouwen die de overgangsleeftijd hebben bereikt niet (meer) gesproken kan worden van gebrekkig functioneren van een orgaan, omdat dan sprake is van een natuurlijk proces van verminderde vruchtbaarheid, en niet van een aandoening. Dit standpunt heeft het CVZ in zijn advies van 30 mei 2012 gehandhaafd. Verzoekster was ten tijde van de aanvraag 48 jaar, zodat zij gelet op het voorgaande geen indicatie had voor de behandeling met IVF en ICSI. Dat in de Verenigde Staten de onderhavige behandeling ook wel op latere leeftijd wordt toegepast, doet daaraan niet af. Ook de oorzaak dat verzoekster niet zwanger kon worden, te weten de buikklachten, en het feit dat dit eerst op een latere leeftijd is geconstateerd, verandert de uitkomst niet.
- 9.6. Verzoekster heeft verder nog aangevoerd dat in de voorwaarden van de zorgverzekering geen leeftijdsgrens is opgenomen, en dat deze grens voor haar niet kenbaar was. Die stelling kan haar niet baten omdat in de voorwaarden is opgenomen dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Bij de vaststelling van de indicatie is het gebruikelijk dat wordt uitgegaan van richtlijnen van de beroepsgroep en standpunten van het CVZ. Deze zijn openbaar en zodoende voor verzoekster kenbaar.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter