

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, IVF
Zaaknummer : ANO07.212
Zittingsdatum : 22 augustus 2007

Zaak: ANO07.212 (geneeskundige zorg, IVF)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 6 november 2006 inzake het niet vergoeden van een IVF-behandeling.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 6 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat haar verzoek tot vergoeding van een IVF-behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 23 april 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de IVF-behandeling te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 30 mei 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 9 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 12 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster is op 22 augustus 2007 telefonisch gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 21 augustus 2007 afgezien van de mogelijkheid zich te doen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 6 augustus 2007 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 7 augustus 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt herhaald.
- 3.11. Bij brief van 27 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 38-jarige vrouw. In een eerdere relatie heeft verzoekster vijf IVF-behandelingen ondergaan. Inmiddels heeft verzoekster een nieuwe relatie en wil zij opnieuw een IVF-behandeling ondergaan. Verzoekster stelt dat destijds door de ziekenfondsen is afgesproken dat per paar, per te realiseren (doorgaande) zwangerschap maximaal drie IVF-behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. Aangezien in haar geval sprake is van een nieuw paar, is verzoekster van mening dat zij opnieuw voor drie IVF-behandelingen in aanmerking komt.
- 4.2. Verzoekster stelt verder dat zij eenzelfde discussie met de zorgverzekeraar heeft gehad met betrekking tot een I.U.I.-behandeling eind 2005/begin 2006. In eerste instantie had de zorgverzekeraar de behandeling afgewezen omdat deze tijdens de eerdere relatie al vergoed was, maar uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar deze I.U.I.-behandeling wel aan verzoekster vergoed. Verzoekster stelt op de hoorzitting dat een zorgverzekeraar slechts vijf I.U.I.-behandelingen kan vergoeden, maar dat zij meer dan vijf van deze behandelingen vergoed heeft gekregen. Verzoekster vindt het daarom onbegrijpelijk dat thans de IVF-behandeling in haar situatie vervolgens niet vergoed wordt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster ten laste van de Ziekenfondswet eerdere IVF-behandelingen heeft ondergaan. Onder verwijzing naar een advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), stelt de zorgverzekeraar dat doortelling van de IVF-behandelingen dient plaats te vinden, totdat sprake is van een gerealiseerde zwangerschap.
- 5.2. Onder een gerealiseerde zwangerschap, waarvoor de maximering tot drie behandelingen geldt, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstrua-

tie. Na een mislukte zwangerschap op bijvoorbeeld 15 weken, wordt weer opnieuw begonnen met een IVF-behandeling. Indien een zwangerschap van maximaal 11 weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie mislukt, wordt deze als afgebroken beschouwd en wordt een volgende behandeling als tweede behandeling geteld.

- 5.3. De zorgverzekeraar stelt verder dat tot 1 januari 2006 IVF-behandelingen vergoed werden op voorwaarden die waren vastgelegd in de subsidieparagraaf en een circulaire van het CVZ. Deze circulaire is per 1 januari 2006 ingetrokken. De zorgverzekeraar stelt dat in het Besluit zorgverzekeringen geen nadere voorwaarden gesteld zijn in de zin van een (aangepaste) definitie van een IVF-behandeling, de definitie van zwangerschap en van een afgebroken IVF-behandeling zoals opgenomen in de circulaire. Er zijn geen aanwijzingen dat een wijziging is beoogd met betrekking tot de huidige verzekerde prestatie in vergelijking met de aanspraak op grond van de vroegere subsidieregeling.
- 5.4. De zorgverzekeraar concludeert dat een verzekerde aanspraak heeft op een tweede en derde IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap. In de situatie van verzoekster is geen sprake van een gerealiseerde zwangerschap. Aangezien verzoekster al diverse IVF-behandelingen heeft ondergaan, kan de aangevraagde behandeling niet als een eerste behandeling worden gezien. Het feit dat verzoekster een andere partner heeft, doet hier niets aan af.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op geneeskundige zorg staat vermeld in de artikelen 1 en volgende van de aanspraken van de zorgverzekering. Artikel 7 van de aanspraken bepaalt wanneer recht op IVF en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen bestaat en onder welke voorwaarden. Dit artikel bepaalt:

“U heeft aanspraak op de tweede en derde In Vitro Fertilisatie (IVF) (...) –poging per te realiseren zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen. (...)”

- 7.3. De regeling van de artikelen 1 en volgende van de aanspraken is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving uit 2006 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. Lid 1 sub a onderdeel 3 van dat artikel bepaalt dat de zorg niet omvat de eerste dan wel vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat uit de stukken blijkt dat op de eerder uitgevoerde IVF-behandelingen geen gerealiseerde zwangerschap is gevolgd. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dit is een zwangerschap van tenminste 12 weken, gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.
- 7.7. In de zorgverzekering wordt het recht op vergoeding van de kosten van de tweede en derde poging nadrukkelijk gekoppeld aan een gerealiseerde zwangerschap. Daarbij vormde het begrip ‘gerealiseerde zwangerschap’ ook in voorgaande jaren het ijkpunt voor de bepaling van het recht op vergoeding. Als geen sprake is van een gerealiseerde zwangerschap volgt dat de daaropvolgende behandeling, althans in het kader van de zorgverzekering, niet anders kan worden beschouwd dan als de volgende behandeling. In de situatie van verzoekster betreft het een zesde behandeling. Uit artikel 2.1.2. Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet volgt dat de IVF-behandelingen doorgeteld dienen te worden.
- 7.8. De commissie stelt vast dat verzoekster al meer dan drie IVF-behandelingen heeft ondergaan. Uit het stelsel van de zorgverzekering volgt onmiskenbaar dat de vierde en daaropvolgende behandelingen niet vergoed worden. Dat verzoekster een andere partner heeft, maakt dit niet anders.
- 7.9. Het enkele feit dat de zorgverzekeraar de I.U.I-behandeling uiteindelijk wel heeft vergoed, leidt niet tot een ander oordeel.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 september 2007

Voorzitter